许跃远 著

现代脉诊

中华脉神

现代脉诊篇

■ 现代医学对人体结构与疾病的理化诊断研究成就巨大，这种生物医学模式以极大的生命力推陈出新、席卷全球。当预防医学、康复医学、医学心理学、社会心理学等学科异军突起时，人们惊异地发现在东方存在着绝异于西医学的纯自然疗法——中医。特别是其徒手诊病及其卓越的实际疗效让世人瞩目。但当考其术理纲纪时，人们发现了异样……

安徽人民出版社

责任编辑：孙文波　方　红
装帧设计：韩玉英　李　昕　钱志刚

中华脉神

脉诊是中医最具特色的华夏文明，是人类最珍贵的非物质文化遗产。它蕴藏着博大精深的医学内涵。其大跨越时空，贯穿古今；其小千万信息浓缩于寸。奇可等价于现代诊断，神则触脉知病，断人生死。



ISBN 978-7-212-03087-2
9 787212 030872 >
定价：20.00元

现代脉诊

中华脉神

现代脉诊篇

许跃远著

安徽人民出版社

责任编辑:孙文波　方　红
装帧设计:韩玉英　李　昕　钱志刚

图书在版编目(CIP)数据

中华脉神——现代脉诊篇/许跃远著.—合肥:安徽人民出版社,2007.7

ISBN 978-7-212-03087-2

Ⅰ.中…　Ⅱ.许…　Ⅲ.①脉学②脉诊　Ⅳ.R241.1

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第120884号

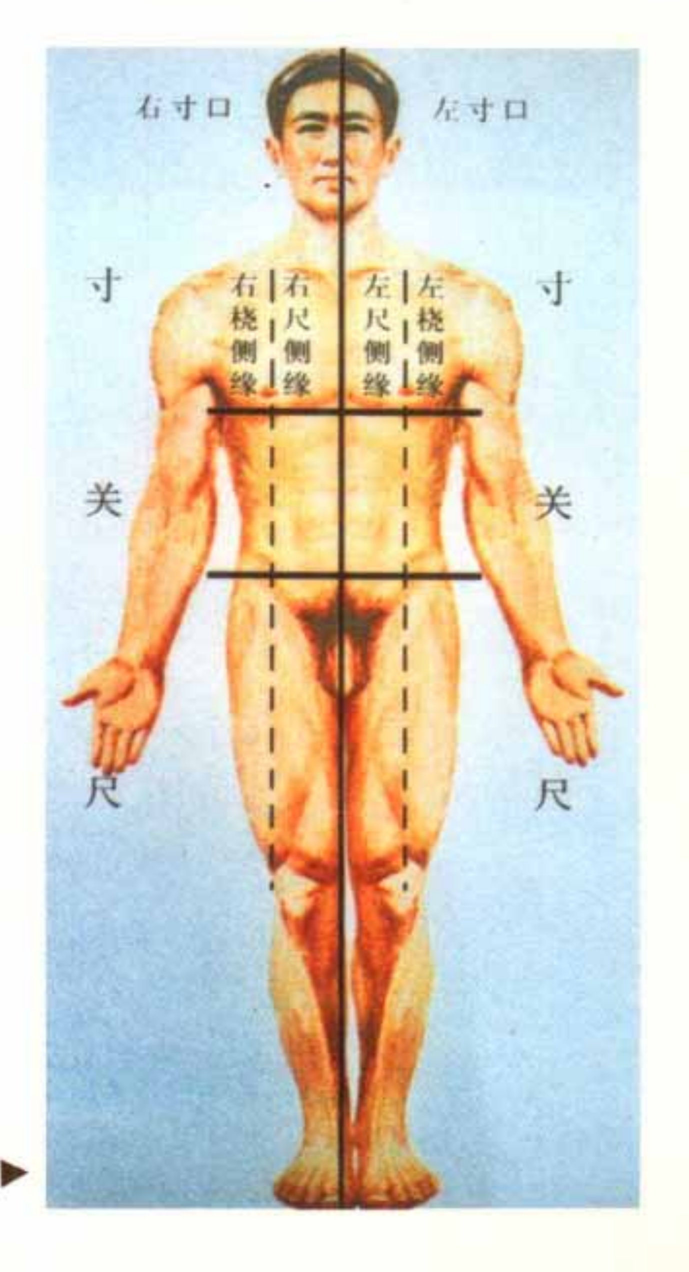
中华脉神——现代脉诊篇

许跃远　著

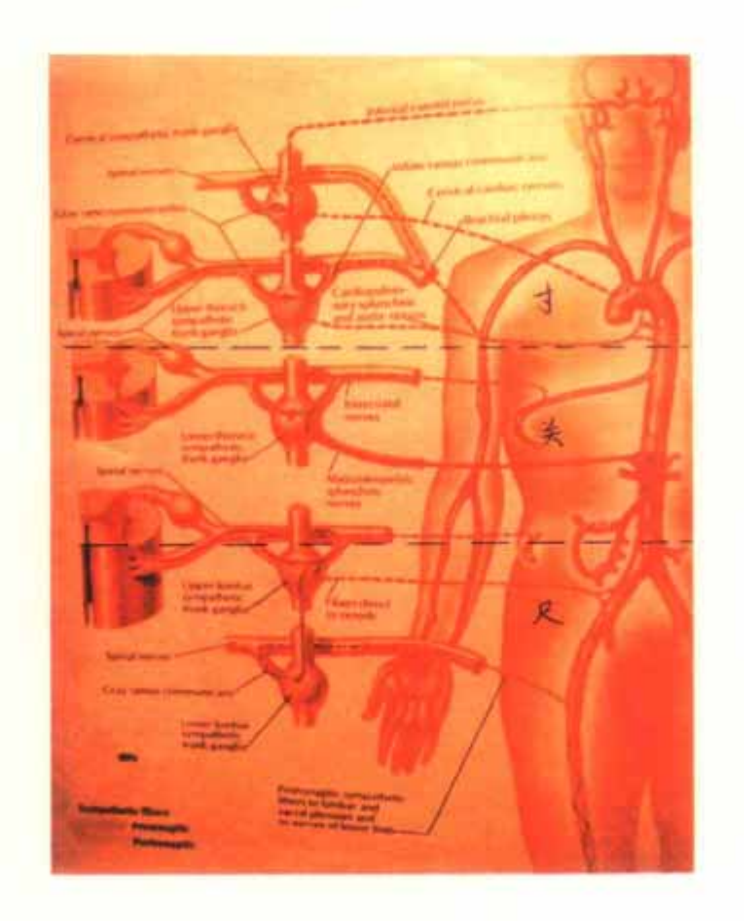
出版发行:安徽人民出版社
地　　址:合肥市政务文化新区圣泉路1118号出版传媒广场
邮　　编:230071
发 行 部:0551-3533258　0551-3533292(传真)
经　　销:新华书店
制　　版:合肥市中旭制版有限责任公司
印　　刷:合肥创新印务有限公司
开　　本:880×1230　1/32　印张:12.5　字数:260千
版　　次:2007年8月第1版　2007年8月第1次印刷
标准书号:ISBN 978-7-212-03087-2
定　　价:20.00元
印　　数:00001-04000



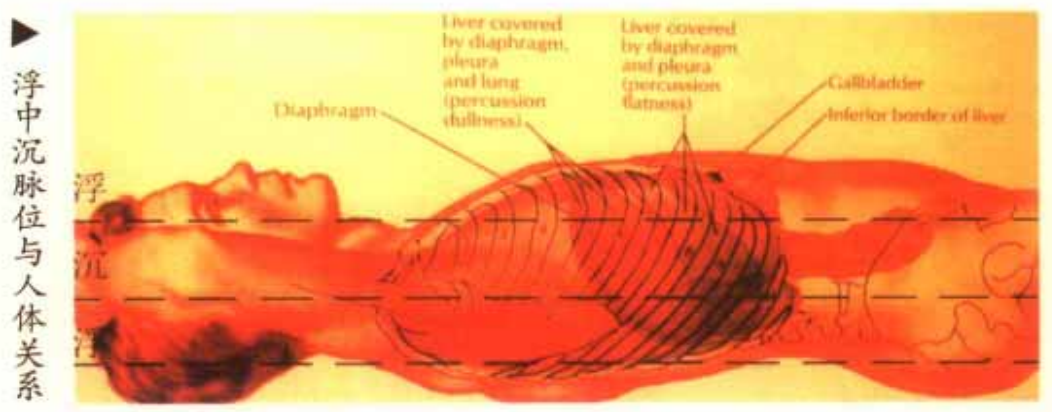
◀ 寸口脉与人全息



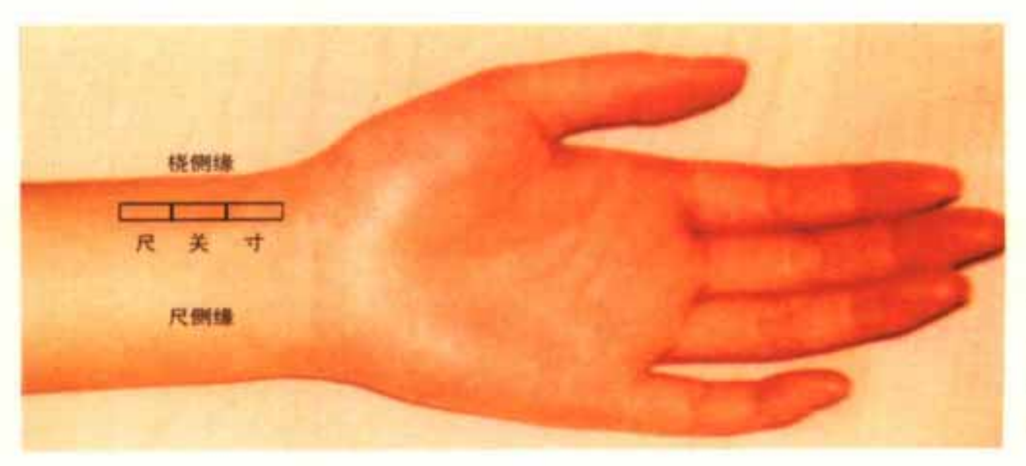
寸口脉与人体分属关系 ▶



◀ 人体内脏神经、血供及寸关尺关系



▶ 浮中沉脉位与人体关系



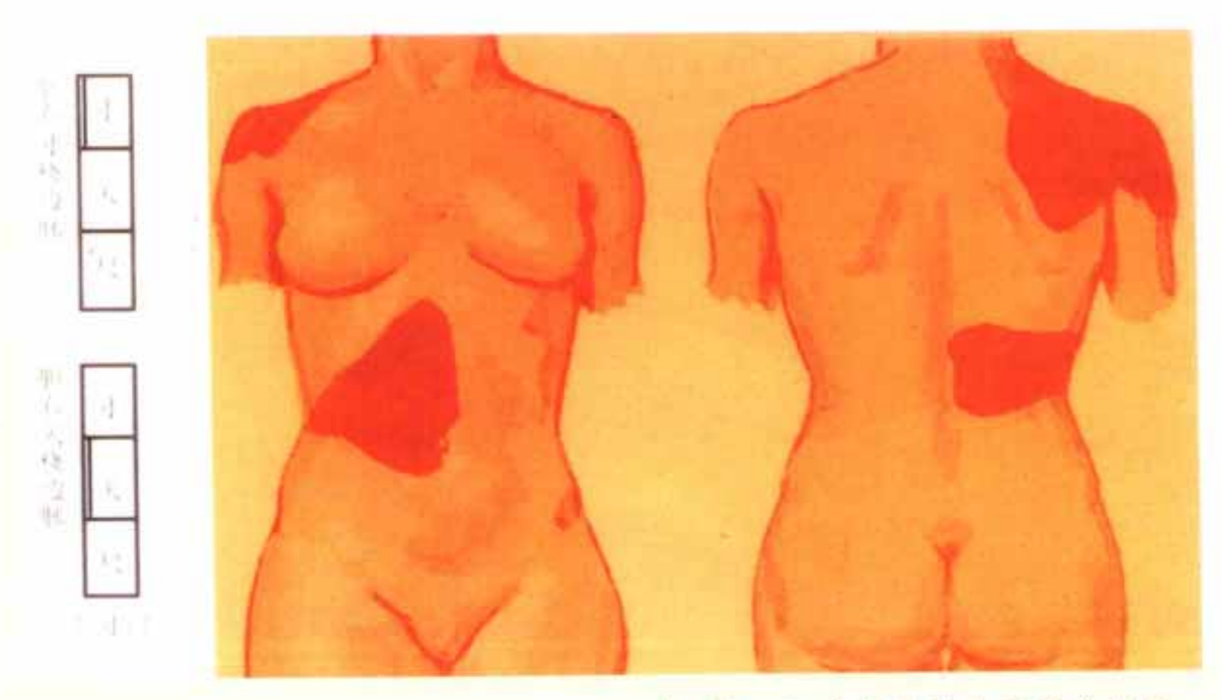
◀ 寸口脉



▲ 脉人



▲ 寸口脉象图



▲ 肝、胆疾病出现关脉晕兼边脉



▲ 胰腺疾病时出现关脉脉晕与关边脉



▲ 牢脉感



▲ 伏脉感（深触尺动脉）



▶沉脉感



◀沉脉感



▶实脉感

滑脉晕 ▶





◀ 紧脉如触离体的壁虎尾巴



散脉感



边脉感

浮、虚、芤脉脉感多是脉压与脉位的不同

①浮脉如触劳动人前臂静脉（低于心脏水平）

②虚脉如触劳动人前臂静脉（等高于心脏水平）

③芤脉如触劳动人前臂静脉（高于心脏水平）

自 序 一

脉学是中医学的奇珍。翻开中医文化几千年的发展史册,脉学可以说是这一文化主旨的理论重心。

笔者常见不少的近代中医著作中有西医诊断中医治疗,这是一种进步,至少作者认识到自身的不足。中医必须现代化,挖掘古典是一种总结但不是进步,一个国家乃至一个民族如果没有超前那就象征着落后。朱伟等认为:“长期以来中医界普遍存在不能跳出古代经验和思维,多注重注疏考据、训诂文字学方法,而且提倡尊古诵经,对新的学术见解不能正确对待,不能摆脱习惯思维的束缚,被固有的观点所禁锢。他们认为,中医理论字字是金玉良言,不容更改……而采用新的研究手段是西医要吃掉中医。其实科学的本质是创新,创新是一个民族的灵魂,是一个国家兴旺发达的不竭动力。”

近代不少的中医著作不谈脉象。笔者认为:追求进步以舍弃脉学这一民族医学文化的精华为代价是极不可取的。中药的处方需要辨证,而脉象则是主要的辨证工具。别阴阳、辨脏腑、明虚实、断病机、定治则,如果没有脉象作为依据则我们的处方就是无源之水,无根之木。作者多年来用现代医学的理念对脉诊进行了系统的研究。研究发现脉诊是徒手诊病的良法,它的作用不逊色于现代医学的X光、B超、心电图、化学检验。并发现了边、浊、风、漾、

奇、潮、脉晕点等脉象。特别是风脉对脑中风的早期诊断、预后，边脉对脏腑定位都具有重大临床意义。

通过望、闻、问、切的诊察，用以收集临床资料，是中医获得病情信息的主要手段。特别是脉诊、舌诊、望诊等具体诊察内容及其对病证的诊断价值，较西医而言，别具一格，这是中医诊断学的特色与优势。中医文化传播世界，针灸在国外已经有了认同，这与针灸的疗效分不开，脉诊仍没能被西医学所接受，其中最大的原因不是我们自己的东西不好，而是西医不能够很好地理解脉诊的原理。事实上西医发源于解剖，中医来源于临床实践并以经络的研究为开端，两个文化的底蕴不同。当我们用现代医学的角度去重新审视脉学时，脉诊的科学性及其临诊断疾病的作用将让我们惊讶。

中医脉学需要择优汰劣、继承创新。笔者写出本书，其目的是召唤脉学新理念，将传统脉学互动于现代医学，纳入现代医学的语境与视野而给以新的诠释，并争取对脉象的研究有所创获，让脉诊成为中、西医生诊病的良师益友，更好地服务于广大病人！这才是作者真正的夙愿。

由于本人学识浅薄，书中不足之处在所难免。书中也有不少诊脉的手法是立足于本人的经验，甚至与传统脉学大相径庭。还有不少关于脉象产生原理的探讨纯属个人看法。仁者见仁，智者见智，如有不足，烦请各位师长批评指正。企望读者鉴别在临床，求证于实践。

许跃远

2007 年 1 月 16 日

自 序 二

余孩提时常随祖母出诊寻药。她以百草治病，名声相传方圆。听祖母言："汝父幼时偶感'伤寒'，高热月余不退，病危，弃之于草堆时恰逢汝曾祖母至，查脉尚有根，颈软，即言：'此儿有救。'取石膏知母汤加减一剂，热退，渐能食至愈。"耳闻目睹病家之患，三部九候断人生死。如此之妙玄，吾常愧而深究。然脉学之玄机，吾辈才疏学浅，难以知其万一。

而立之年，仍不能得心应手，然门诊多有病人伸手无言于案边求诊，余心中了了，六部茫然也。自知肤浅，故作姿态，以问代指。

虚难受补，浅识必管窥。故潜心于三十年间，常忘寝食，衣不知其暖，食不知其味，近黄山咫尺而未步，置名利而拂袖。余观书，古今中外皆纳之，终一日顿开昏聩。

今已不惑矣。海内外病人纷至沓来，或求诊断，或见疑难而求医治，无不惊骇，余之三指有未言先知之妙，具理化检验之功。然台上三分钟，台下十年功，正所谓冰冻三尺，非一日之寒也。

病者求治，疲于遍觅名医良院。入院者日耗千金，疲于理化检查，投江湖郎中者多为医拖、广告诱导而弃金帛于河海。尔等事医者应穷究极理，救人于水深火热。脉之奥秘，非博学难求玄微，非学识兼顾难以创新，古今医学高

人无不以脉见长。然医技之书，非小说诗歌锦心绣口，斐然成章或面壁虚构、搜索枯肠于袅袅烟云。

医学之道，生命之道也。凡入此门则终生如履薄冰。非独酷爱此学，则难此生独守寸口。脉窥病机，亦见微知渊，然世之脉法皆古云亦云，深奥高阁，固步裹足。扁鹊至今，成学之脉仅近三十。大千世界，人患千万，旦夕变幻，初涉足者更是心中了了，指下难明。二十八种脉象应对千千万万张病容，多是同脉异病，或同病异脉，盲人摸象，各有经验感觉是也。有以寸口者，牵强于十二经络，附会于五行生克，唯心之论何以服众？医学科技日新月异，脉诊学这块碧玉何日能熠熠生辉？我辈有愧于先人也。

西医学者有人体解剖、生理、生化之功底；中医学者有二十八脉之经纶，皆能举一反三，触类旁通。若稍加努力，则诸学皆能登堂入室，执简驭繁，知常达变，到那时中西医之汇通，人类医学交融的春天才能真正到来。

斯书粗俗，恐难登大雅，篇中诸言皆囿于己见。脉学之浩瀚，博大而精深，不揣冒昧，以蠡测海，若伴君于案旁肘后，实是奢望。然千万痼疾作祟于尘世，故斗胆置褒贬于脑后，而以拙著奉于同好也。

许跃远

2007年3月17日

目　　录

导言:脉学简史

法国的杜欣先生慕名来诊,三分钟候脉后,我的诊断有六条,并告诉他健康的方式。他惊讶地说:"我在法国看了那么多的医生,没有一位医生能在三分钟之内改变我下半生的生活方式,为什么摸摸手就知道我有什么病?"我说:"中医候脉诊病是很普通的事。"

从疾病的观察角度来看,中医使用的是纯自然的工具,即五官和四肢,而西医学多借助于仪器和设备。二者的优劣暂且不说,但简单地把中医视为粗陋和落后那就大错特错了,无论是脉诊还是舌诊,其诊察层次之繁细,察病之准确,在某种角度上,是拥有无数电子设备的西医学所望尘莫及的。西方人就是不能理解,为什么中医先生三指在病人手上一搭,就能把疾病说得明白。在外行人的眼中,脉的跳动就是快慢、强弱、规律不规律等。事实上脉象内涵的科学性作为五千年文化的一部分一定让你大开眼界。

中医医学文化源远流长。浩然几千年医学文化史中,中医脉学占有极其重要的篇幅。至扁鹊首创脉诊这一诊疗方法以来,脉学文化逐渐形成于原始的百家争鸣的发展历程中。

历代医学家就脉象学的发展与完善可谓是前赴后继,

就是因为有这些医学先圣的不断寻求、探索与总结提高，才能有今天脉象学文化的蔚为大观。公元前5世纪，著名古代医学家扁鹊[1]，首创了脉诊的诊疗方法，把脉诊病，在当时影响力巨大，他还周游列国传播医学知识，为脉诊的普及作出了贡献。

我国最早的医学专著《黄帝内经》[2]就记载了扁鹊"三部九候"[3]的"遍诊法"[4]诊脉方法。他十分注意人的形体与脉象、脉象与疾病间的关系。注重判断阴阳盛衰，病势顺逆，集脉学之精华，其丰富的临床诊脉经验，对后学产生了深远影响。司马迁[5]在《史记·扁鹊仓公列传》[6]记载：晋昭公时，赵简子昏聩，扁鹊应邀为简子诊病，扁鹊根据脉象断言简子三日必悟，果然应验。《列传》中记载有："至今天下言脉者，由扁鹊也……"可以认为扁鹊是我国中医脉学的创始人。当然"扁鹊"可能不是一人，但他是上古医学先进的代表。《汉书·艺文志》载有《扁鹊内经》、《扁鹊外经》等书，可惜该书已佚失。这说明我国的脉诊，在公元前5世纪已经开始，并见有脉学著作。

人类由原始状态直至科技发展的今天，从崇拜神灵到人类登月，这是科技发展的必然趋势。种族与种族间，东西方文化间均会有共同点。东西方医学也是如此。几乎与公元前5世纪同一时期，反对巫术是医学发展的主流，西方以希波克拉底[7]为代表，东方以扁鹊为先锋，他们都是通过医疗的具体实践，以唯物的医学态度治学，均形成一定的影响。

《内经》约著于西汉时期,但其内容尚可追溯到殷商时代。主要收载了战国、秦、汉时期的医经与医疗经验。就脉诊而言,它以阴阳为认识方法,以经络为标志,以遍诊法为手段,结合季节、色泽、皮诊为辅助,以胃气定生死,探索和记载了古代脉学的辉煌。《内经》是先人给我们留下的珍贵遗产,它既是脉学的开端,又是后世脉学的经典。我们应历史地唯物地认识其不足,用今人的理念去求全于几千年前的古人是不妥当的。《黄帝内经》共搜集五篇脉学专论,即《玉版论要》、《脉要精微论》、《平人气象论》、《三部九候论》、《论疾诊尺篇》。其基本内容包括诊脉的方法、要求,脉象的种类、形态生理及病理脉的特点,真脏脉,主五脏功能的标志性脉以及遍诊法等。其内容十分丰富。

秦汉时期(公元前2世纪),《黄帝八十一难经》[8](简称《难经》)是继《内经》之后的又一医学学术经典。它采集了《灵枢》[9]、《素问》[10]的精要,以问答的形式主要论述了中医学的基础理论,也分析了一些病证,辑以八十一难。从一难到二十二难论述了脉的阴阳虚实,四时常脉,病脉,五脏疾病与证的关系。也具体论述了脉诊的寸、关、尺三部,脏腑的分配,指法,等等。它旗帜鲜明地主张“独取寸口”[11]的法则。《难经》在祖国医学的脉学中占有极其重要的地位。“独取寸口”虽然在当时相当长一段时间没能广泛推行,但它已经自觉和不自觉地完成了脉学的由繁到简的简化工作。为脉诊的“独取寸口”的普及打下了基

础,甚至为《脉经》的产生铺平了道路。

一段时间,历史上有多位儒医用自身的文学修养去考证与评价《难经》的粗俗与真伪,这是不恰当的。《难经》带给我们的是直至今日仍然沿用的寸口脉法及其脉学思想,这应当是我们最为关心的。这就如同牛顿[12]、爱因斯坦[13]没有获得诺贝尔文学奖一样,我们仅关心的是其在自然科学方面的贡献。

东汉末年的张仲景[14]除了其传世的《伤寒论》[15]和《金匮要略》[16]成为中医理、法、方药临床运用的千古楷模以外,对中医脉学的贡献也是不可磨灭的。他十分注重脉学在辨证论治中的作用,强调脉证合参,这是张仲景对脉象学划时代的巨大贡献。张仲景虽然距《难经》问世百余年,但他的著作中仍然部分采用了《内经》的"趺阳"[17]、"太溪"[18]脉法,而大部分则采用了《难经》的脉法。他以阴阳统领20余脉,将大、浮、数、动、滑归于阳脉,将沉、涩、弱、弦、微归类于阴脉,统一理、法、方、药并发现了浮紧脉、沉细脉、阳微阴弦等脉象及其临床病证的应用。张仲景被后人尊为"医圣",那是后人对他医疗实践和治学态度的高度评价。

值得一提的是汉朝的华佗[19]。这位与张仲景齐名的古代外科学家,在脉学上也是很有造诣的。其著作佚失是中医外科学的巨大损失。如果华佗的外科技术能流传下来或华佗的精神发扬光大,则今天中医与西方医学的差距也许就不会很远,很可能先进的医学在中国。因为华佗在

公元100余年已经使用了麻醉的方法进行腹部外科手术。如果华佗没有一定的医学解剖学知识,他是不敢在当时的霸主曹操[20]面前冒死提出开颅术的。遗憾的是华佗的医学著作已经佚失。此时希腊外科学家盖伦[21]的解剖学知识部分只是从动物身上获得的比较解剖学,他继承的在今天看来并不正确的“四体液说”[22]一直是西方1000多年来的绝对权威。西方医学第一部人体解剖学著作《人体结构》[23]是1537年由维萨留斯[24]所著。而西方人外科的进步也只是近一二百年的事。事实上内科慢性病的治疗上中医也有优势。

三国末年,西晋时期的王叔和[25](公元201—208年)著有《脉经》[26],为我国现存最早的脉学专著。全书共十卷,它集汉朝以前中医脉学之大成,选取《内经》、《难经》以及张仲景、华佗等有关论述,首次对中医脉学从理论到临床运用作了较全面、分门别类的论述。《脉经》精华的部分是确立了24种脉象的名称、指感形象的标准,并首开了脉象鉴别的先河。王叔和在《脉经》中解决了《难经》对“独取寸口”法则未能完成的技术问题。如脉形,分类,诊脉时间,寸、关、尺的长度,脉的长短、大小、轻重、阴阳以及性别与脉的关系。又如对六脉所主脏腑部位、各种反常脉、脉的主病、死脉等脉象都详细加以表述,并指出了其临床运用法则。《脉经》这一脉学专著的出现,使祖国医学的脉学得到长足的发展。它承前启后,成为古脉学的终结和新脉学的开端。其有关脉象的指感形象和标准成为后

学乃至今日脉学的准则及经典。至《脉经》之后，脉学著作均以《脉经》为蓝本，而在脉学学术水平上，至今尚没有发现有什么超越，也就是说脉学在《脉经》后没有大的发展。

公元7世纪，隋唐时期杰出的医学家孙思邈[27]，也是一位脉学大家。他言："夫脉者，医之大业也，既不深究其道，何以为医哉。"他认为脉的长、短与人体的高矮有关，并对《脉经》的革、牢不分，在《千金翼方》[28]中加以纠正。

六朝的高阳生[29]将王叔和的《脉经》以歌诀的形式编成《脉诀》[30]，为脉学的传播作出贡献。《脉诀》由于其容易记诵，在当时流传较广。但该书被后人认为是伪撰，文辞粗陋，错误较多，引发历史上长达几百年的学术争论。元代的戴起宗[31]著《脉诀刊误》[32]，清朝的李延昰[33]著《脉诀汇辨》[34]，张世贤[35]著《图注脉诀辨真》[36]，皆因《脉诀》之误而作。但这也推动了脉学的进一步发展。

宋朝时期的《四言脉诀》[37]具有条理性，颇受医家赞成。后被《东垣十书》[38]及《濒湖脉学》[39]选录。许叔微[40]还将张仲景的脉法绘制成脉图[41]，首开了以图说脉的先河。他的著作虽然佚失，但其方法被施发继续。施发[42]著《察病指南》[43]，以脉象图的形式，记载脉图33幅，成为后世脉图乃至脉学仪器[44]的描记启蒙篇。

元代的滑寿[45]著《诊家枢要》[46]，对《脉经》的遗漏进行了补充，发现了长、短、牢、疾四脉，是滑寿将《脉经》的24脉增加到28脉。至此脉象的种类完成了它的古代发

展史。滑寿还将28脉以六纲统领,建立起纲领性脉的概念。并提出"举"、"寻"、"按"以应对浮、中、沉的候脉法则。

明朝时的李时珍[47]在中国医、药学发展史中最具影响。他的《本草纲目》[48]巨著传世影响力巨大。他的脉学专著《濒湖脉学》对诸脉:浮、沉、芤、洪、细、促、紧、微、伏、动、滑、弱、弦、软、散、缓、长、短、涩、迟、结、革、牢、濡、虚、实、代等27脉论述精辟,脉与脉间的鉴别秋毫无遗。虽然李时珍在脉学上的贡献不是创造,但《濒湖脉学》为后人乃至今天也是中医脉学教学的必修课。由于《濒湖脉学》易读易记,所以它传世极广,影响力巨大。明代时期的张介宾[49]著《景岳全书》[50],在《脉神篇》中把28脉归类于八纲,即:浮、沉、迟、数、大、小、长、短。李中梓[51]著《医宗必读》[52]把28脉归类于四纲。诸子百家,百花齐放。总之,祖国医学的脉学源于战国时期并以扁鹊为代表,专述于《内经》,倡导独取寸口诊法的是《难经》,提倡脉证互参的是张仲景,规范成学的是《脉经》,广泛传播与普及工作莫过于《脉诀》和《濒湖脉学》。祖国医学的脉学到了明朝,就如同中国的古瓷器,中国书法、绘画艺术一样,已经到了绝笔的境地。

纵观世界科技发展史,元代以前的中国是遥遥领先的。诸如农业、古建筑、天文、数学、医学、青铜器、陶瓷、纺织、四大发明等都是闻名于世的。由于封建王朝的腐败统治,特别是清朝的闭关自守及近代的战争创伤使中国的科

技水平滞后。医学的落后局面同样令人痛心疾首。

明代以后还有不少的医学家就脉象学著书立说，为传统脉学的发展、完善及脉学结合于临床作出了不朽的贡献。周学海[53]、李延昰、张璐[54]、黄宫绣[55]、周正霆[56]、叶霖[57]等先贤均为中华脉学呕心沥血，上下求索。当代赵恩俭[58]是一位德才兼备的脉学大师，他孜孜不倦30年研究脉学，主编《中医脉诊学》[59]，代表着脉诊学的高水平。《中医脉诊学》是当代的"脉经"。

新中国成立后，脉学得到了发扬。自20世纪50年代开始，学者们就应用仪器描记腕部桡动脉的脉搏图形，分析、识别不同的脉形、脉象，并对传统脉象理论加以探讨与验证。这一方法试图用现代化仪器替代人手，借以寻求传统脉学的客观、规范标准。实践证明，用仪器替代人手到目前为止尚有许多技术难题有待攻克。仪器描绘的图像在一定程度上只能反映出心脏、血管及血流等的功能状态，一时很难替代人手的那种经验感觉。这就如同机器人在高智能方面替代人脑尚需漫长的岁月，有时是艰难的。脉象仪器就目前的水平尚取代不了人手和大脑对脉象九大脉素的感知与分辨。有时脉象图给医生带来的仅是直观线条，大量的数字给医生带来的又是记忆与分辨的麻烦，现阶段的脉象仪器及脉图在使用上仅作为医生了解脉动的频率、节律、脉压而已，它的临床实用意义和价值不如心电图。事实上脉象图很大的成分中都是心电图的肢体导联图象，另立学科没有必要。可以这样说："图上难明

难于指下难明。”但脉诊在有经验医生的指下早已经是出神入化了。

当新的脉学思想涌现后脉学仪器的研发将有改观。

通观脉象学的发展历程,作者认为它必须有三次变革。一是遍诊法变革为寸口脉法,这是历史的延革及众多脉学家的贡献,这里《难经》为旗帜,《脉经》为终结。第二是脉证合参,强调脉象与临床症状的互参,推动这一变革的是医圣张仲景。第三是脉象的现代化,强调脉象与现代医学的对接,这就要求研究各种疾病的脉象形式。

科学在发展,医学在进步,祖国医学也在不断发展与演化。脉学作为一种传统诊疗方法怎样汇聚、交融于现代医学科技,这是摆在医家面前的重要课题。那种舍弃与过分夸大脉诊同样是错误的。我们坚信脉诊在疾病的初诊、疾病的转归、预后以及指导疾病的治疗等中都具有十分重要的意义及参考价值。它方便、快捷、准确,为病人节省大量的医疗费用。有时它提供的价值不逊色于 B 超、心电图、X 光及检验,甚至还有现代理化诊断所不及的作用。在医学高度发展的今天,脉学不但不应舍弃,反而应当发扬光大。

一种好的诊疗方法,一种方便、快捷、廉价的诊疗手段,应当成为中、西医生的必备技能。候脉知病不应只是中医医生的唯一专利,而应是所有医护人员的必修课。作为追求身体保健的人们也应知脉、懂脉。一是因为脉象简单易学,二是因为脉象能随时随地监控人体内部环境的变

化,指导你锻炼身体和必备地保健用药。

鉴于脉象学在临床上的重要作用,笔者呼吁:

建立脉象学国际学会、各国脉象分会。

医学院校应有现代脉学研究机构,用现代脉学思想教育医学生。

倡导徒手六诊法:视、候、问、触、叩、听。在此基础上,再行现代理化仪器修正诊断。这一方法的倡导对减少全世界范围内医疗费用的高支出有重要意义。作者预言:社区医疗服务的普及将是脉诊学发展的一个契机。







MAI LI ZHANG



一、脉象要素

脉象是指感脉动的形象。在扬弃遍诊法而独取寸口脉法的今天,脉象多指桡动脉应指的脉感态势。选择桡动脉研究脉象一是因为它应手方便,二是因为手是裸露的器官,同全身各器官一样也都有动脉的供血、静脉的回流。因此切取桡动脉的脉感就等于切取了全身其他脏器的脉象信息。因而寸口脉象既是某一器官的脉象,也是全身的脉象。它是观察全身各脏器气血变化的窗口。

桡动脉是心脏与手这一脏器的"桥动脉"。就寸口脉象来说,心脏、血管、手、血流及全身九大系统都会影响该脉象。心脏有心搏的强弱、频率、节律等变化。血管有粗细、饱满度、位置、长短、管壁张力等改变。血流有流利度、容质与容量的不同。手在这里主要视其为终端脏器及微循环,它有通畅度即阻力问题。同时全身九大系统又将时刻左右着脉象的变化。了解上述因素对脉象的影响或通过脉象反证人体和各脏器的气血变化都有脉诊的意义。应该说脉象是人的体征形式。因此,掌握脉象变化的规律对人体疾病的临床诊断有重要意义。

解剖脉象要素,结合对古今脉学文献的理解,可将构成各种脉象的脉素以脉位、脉力、长短、频率、节律、粗细、流利度、张力、独异九个方面加以认识。

——脉位:是指桡动脉非解剖意义上的深浅位置变化(不能理解为桡动脉解剖位置的深浅改变。必须明白机体

无论什么疾病,桡动脉都不会发生解剖意义上的位置变化)。

脉动表浅为浮脉,深沉的为沉脉。由此可以了解心搏的力度、血容量的盈亏、人体皮下脂肪的多寡、人体水液的平衡与否等。还可以判断疾病的轻重缓急和病程。

——脉力:是指脉搏的强弱。它有两个因素,一是脉充盈度的高低,二是脉管张力的大小。脉力增强多表示心搏有力,血容量充足,微血管有阻力。反之,脉力弱为心搏无力,血容量不足,微血管阻力小。脉力强多提示机体抵抗力强。疾病状态下有两面性,一是机体抗病力强,一是致病因子的致病力强。反之,脉力减弱,则人体抵抗力下降并提示疾病的迁延等。一般脉力还与人体的体力有正比例关系。

——张力:多是指脉管壁的收缩力或紧张状态。可以了解血管的弹性阻力变化。脉管壁的张力大小则与气候、体内分泌激素的量、肝脏的代谢功能、管壁的脂质化程度等有关。管壁张力的过大过小均是疾病状态。

——长短:是指脉体或脉势的长短。脉长有两种。一是脉体的长;二是脉势的长。而脉短则多是指脉势的短。脉体的长多见:心血管的亢奋状态、高血压、血管壁硬化、微循环阻力大等。脉短多反之。

——频率:是指心脏搏动的快慢。以每分钟 18 次呼吸计算,每息脉动 4 ~5 至为正常。快或慢均见病态。

——节律:是指心动的节律性和规律性。例如脉力的大小是否一致,间歇是否规律或有变化,等等。发生脉象节律的变化多见于病态。

——粗细：是指脉管径的宽度。从而能了解人体的机能状态及脏器的供血情况，甚至能了解人体的体力状态。在疾病状态下还能判断人体正邪的消长。

——流利度：是指脉流的通畅程度。例如涩脉与浊脉均提示脉的流畅度不高，滑脉则提示脉的高度流畅。

——独异：是指脉象的上述八个因素及其脉外的综合性、特征性改变。脉的独异有三：

其一，整独：脉象的脉位、脉力、张力、长短、频率、节律、管径、流利度的变化。它仅是指脉体的独或诸脉间的兼脉变化。

其二，寸口分部之独：即寸关尺各部的独处变化。或一部之独，或二部之独、各部之独、两寸口间的不同、部与脉位的合独与分独等。

其三，脉晕之独：指脉晕的出现。脉晕与脉晕之间、与各部之间、脉位之间、脉象之间的独异变化，或组合与共振等。

实践证明，仅了解脉象的八个脉素及其相互间（兼脉）变化而否定了脉的独异是不能正确认识脉象的，至少说不能正确理解寸口脉的分属、脏器脉象等。翻开脉象学著作，前人多是看重脉象的整体性而轻视了脉象的独异性。

就对脉诊的认识深度来说：仅认识整体脉象只是脉诊认识的第一层次；认识脉的兼脉为知脉的第二层次；寸口分部之独的认识及脉晕点认识为第三层次；脉象、兼脉、寸口分部、脉晕点间的综合变化为第四层次；指下有"脉人"时，为第五层次。在第五层次的基础上，认真掌握疾病的特异症状，做到脉证互参。想达到"不要病家开口，便知疾病八九"这种出神入化的水平，已经是水到渠成了。

二、寸口脉的脏腑定位

(一)旧说寸口分属

古人根据寸口脉气的不同指感将寸口脉分成寸、关、尺三部,将人体的脏器按自己的主观理解定位在寸口。从现代医学的角度来审视这一方法,结合已有的临床资料和临床研究,发现科学与伪科学并存。

2000 多年来,关于人体脏腑在寸口脉上的定位,一直是根据所谓脏腑之脉气在寸口脉上划分区域,不按脏器的指感脉位来划分。表1是历代医家关于寸、关、尺的脏腑分属。

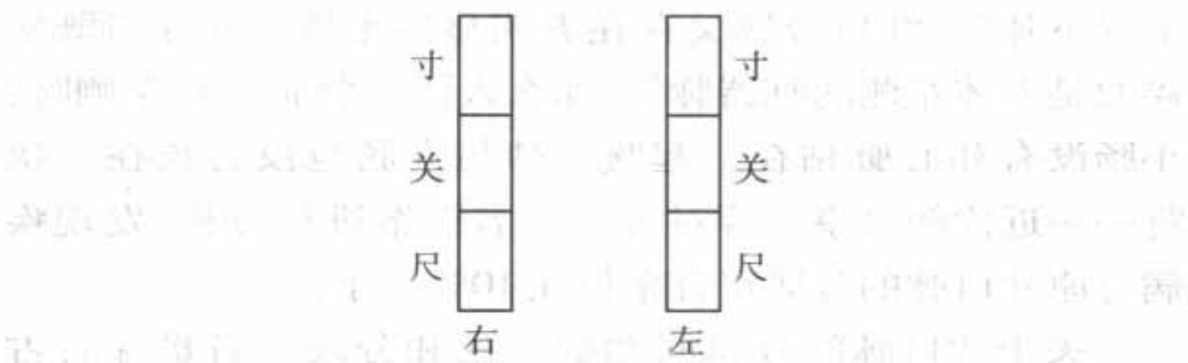
表1　历代寸、关、尺脏腑分属定位法

	左手			右手			作者
	寸	关	尺	寸	关	尺	
《内经》	心、膻中	肝、膈	肾、腹	肺、胸中	脾、胃	胃、腹	不详
《难经》	心、小肠	肝、胆	肾、膀胱	肺、胸中	脾、胃	三焦、心包	秦越人
《脉经》	心、小肠	肝、胆	肾、膀胱	肺、大肠	脾、胃	三焦、命门	王叔和
《脉诀》	心、小肠	肝、胆	肾、膀胱	肺、胸中	脾、胃	命门	高阳生
《千金翼方》	心	肝	肾	肺	脾	命	孙思邈
《四言举要》	心、小肠	肝、胆	肾、命门	肺、大肠	脾、胃	肾、命门	崔紫虚

续表

《诊家枢要》	心、小肠	肝、胆	肾、膀胱	肺、胸中	脾、胃	三焦、心包	滑寿
《东垣十书》	心、小肠	肝、胆	肾、膀胱	肺、大肠	脾、胃	命门、三焦	李东垣
《景岳全书》	心、心包	肝、胆	膀胱、肾、小肠	肺、膻中	脾、胃	三焦、小肠肾、命门	张介宾
《濒湖脉学》	心、膻中	肝、胆	肾、小肠	肺、胸中	脾、胃	胃、大肠	李时珍
《医宗必读》	心、膻中	肝、胆	膀胱肾、小肠	肺、胸中	脾、胃	肾、大肠	李中梓
《医宗金鉴》	心、膻中	肝、胆膈	膀胱肾、小肠	肺、胸中	脾、胃	肾、大肠	吴谦等
《中医诊断学》	心、头	肝胆膈下脐上	肾、小腹	肺、头	脾、胃	肾、脐下	朱文锋

现将寸口脉以图表示。见图1。



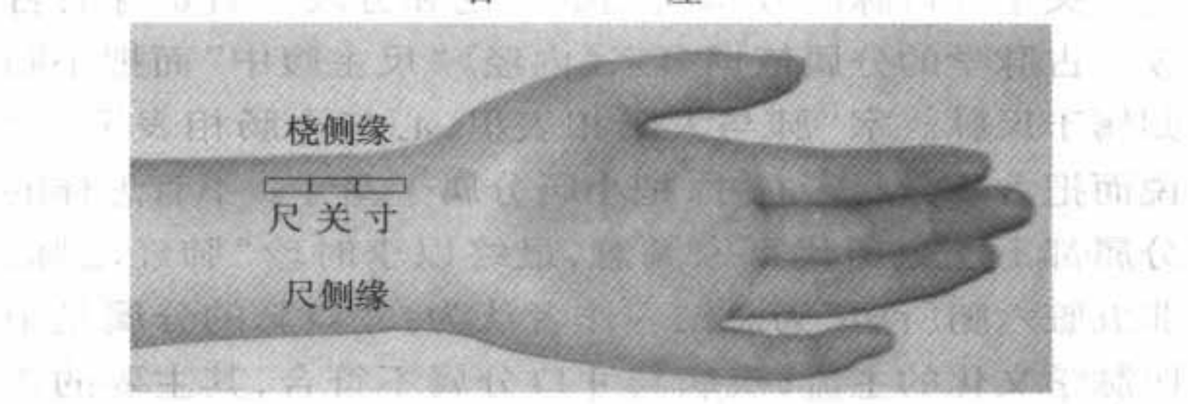


图1 寸口脉

通观中医几千年脉诊学的寸口脉分属多可归纳于表 1 的规则中。但医学科学技术高度发展的今天,特别是现代医学的解剖学教育使医生很难理解与遵循表 1 的寸口分属。张仲景以脉辨证,并不主张将寸口脉加以分属。明代的张三锡则认为:“强分部位,起于王叔和……立论背经,遗害后世。”李时珍在四百多年前对此类寸口分属也掩饰过其不足。其曰:“两手六部皆肺经之脉,特取此以候五脏六腑之气耳,非五脏六腑所居之处也。”当代任应秋先生在《脉学研究十讲》中也言,“上不宗内经、下不符科学”,是“凭空臆说”。寸口脉气代表人体脏腑之气,寸口脉既然能候五脏六腑之气,脉气何不按人体内脏的位置顺序分属于寸口,而是左右上下倒置的脉气顺序。脉气的现代医学原理是什么? 中医一贯的候脉原则“左候左脉、右候右脉、上候上脉、下候下脉”与寸口分属又存在着明显的矛盾。左寸口既然候的是人体左侧的脏器脉气,那么人体的肝胆不在左侧呀? 小肠没有和心脏粘在一起呀? 肺与大肠也没有长在一块呀……近代颜之亨[1]等对古今著名医案进行分析,发现疾病与原寸口脉的分属符合率仅在 10% 上下。

关于寸口脉的分属问题的争论和分歧一直贯穿着古今。古脉学的分属依据多宗《内经》“尺主腹中”而把小肠归属于尺脉。宗“肺与大肠相表里,心与小肠相表里”之说而把大肠分属于右寸,把小肠分属于左寸。不管怎样的分属都不能令历代百家满意,最终以李时珍“肺经之脉,非五脏六腑所居”为总结。作者认为:寸口脉的分属是中医脉学文化的主流,疾病与寸口分属不符合,其主要的错误不在寸口分属这一方法。错误之一主要在于古人对人

体脏器的解剖和生理知识理解有误，是隔皮识货、"司外揣内"、"盲人摸象"的缘由。其二，还在于后人对脉象的曲解。《内经》、《难经》、《脉经》给后人带来的是临床徒手诊断疾病的方法，后人对其怎样取舍与完善或赋予其科学的内涵则是每一时代的使命，任何一种偏废都是对脉诊学的亵渎。寸口脉废弃了寸口分属就失去了脉诊的内容和精华，就等于人体没有了内脏。

找到汇通于现代医学的脉气寸口分属，把经验医学科学化，找到有关证据加以证明，并进行大量的临床实践加以论证，使博大精深的中医与时俱进，这是现代医学的任务。我们已经基本具备用现代方法研究脉学的条件，但脉学的现代化研究进展缓慢，还需要有一个扬弃的过程。令人可以惊喜地看到《中医诊断学》[2]关于寸口脉的分属已经有所不同，它代表现阶段诸多医学家对脉象寸口分属新的认识。

脉象学是中医的国粹，在中国几千年经久不衰，有其存在的理由，没有生命力的东西是不可能至今生存的。西医学界不能普遍接受，是因为人们不能够理解脉象学的原理，很大的原因：一是传统脉学被笼罩上了唯心的保护层。五行学说是分析病症时的辩证方法，十二经络、奇经、八脉均是针灸时的寻经线路，将它牵强附会地加在脉象上，是流弊与蛇足。二是将脉诊神秘化，只能言传身教而难以自学与普及。三是脉诊形象和指感特征性的描述过于会意，取物比拟脉象有牛唇马嘴之别。要使脉象学走向世界，必须加以整理、归纳，扬弃与汇通。否则就若中药的煎药机器那样仿制或进口国外的技术。

当风脉、边脉、脉晕点、浊脉的发现，和作者观察将乳房、脾脏、胆囊、子宫等手术切除后的脉象变化，结合人体的生理、病理、解剖等对脉象的影响，清晰地发现寸口脉的分属已有所不同于表1的形式了。著者认为需要重新审视寸口脉的分属问题，当然审视方法以现代医学的理念为窗口，仍采取寸口脉法，并经过长达十多年的反复考证。

（二）新探寸口分属

人体的一切机能活动是在神经及体液控制的基础上进行，同时又协调于人体九大系统。这是生命现象的重要形式，也是唯一形式。因此脉象的研究乃至寸口脉的分属围绕这一主体思路将使我们的研究富有收获。

人体脏器的寸口脉定位是人体脏器在寸口脉上新的分属。它主要依据躯体神经、植物神经的分布，血液供应的范围来研究脉位，并仍然沿用传统脉象学习惯来命名，经临床实践的反复验证而成立。

气血探寸口

中医认为人体的气血盛衰是影响脉象的主要因素，并认为血是运行于脉道的水谷精微，气是体内流动的精微，泛指脏器的机能状态。就脉象的寸、关、尺分属，我们发现与人体诸多脏器的血液供应（除植物神经分属以外）存在着密切联系。

——头、颈、胸、上肢及其所属各器官，其血液供应主要是主动脉弓的第一级分支，属于中医寸脉的感应分区。其中：

❖头部的脉象信息在寸脉的远心端。

❖颈部的脉象信息在寸脉的中部。

❖胸腔其所含脏器的脉象信息覆盖于寸脉部。

——人体中腹部脏器,其中包括:肝、胆、胰、脾、胃、双侧肾脏、肾上腺、部分肠管(结肠的右曲、空、回肠、肠系膜)。它们的血液供应基本来源于腹主动脉的分支,并基本呈一个层面,它相当于关脉的分属区域。

❖肝、胆、脾胃的脉象信息在关脉的远心端。

❖肾、胰腺、肠等脉气在关脉的近心端。

——人体盆腔脏器和下肢血液供应为髂内外动脉。它相当于一个层面。包括的脏器有膀胱、前列腺、输尿管、子宫、附件、结肠左曲及直肠,双下肢等,相当于双尺脉的感应区域。见图2。

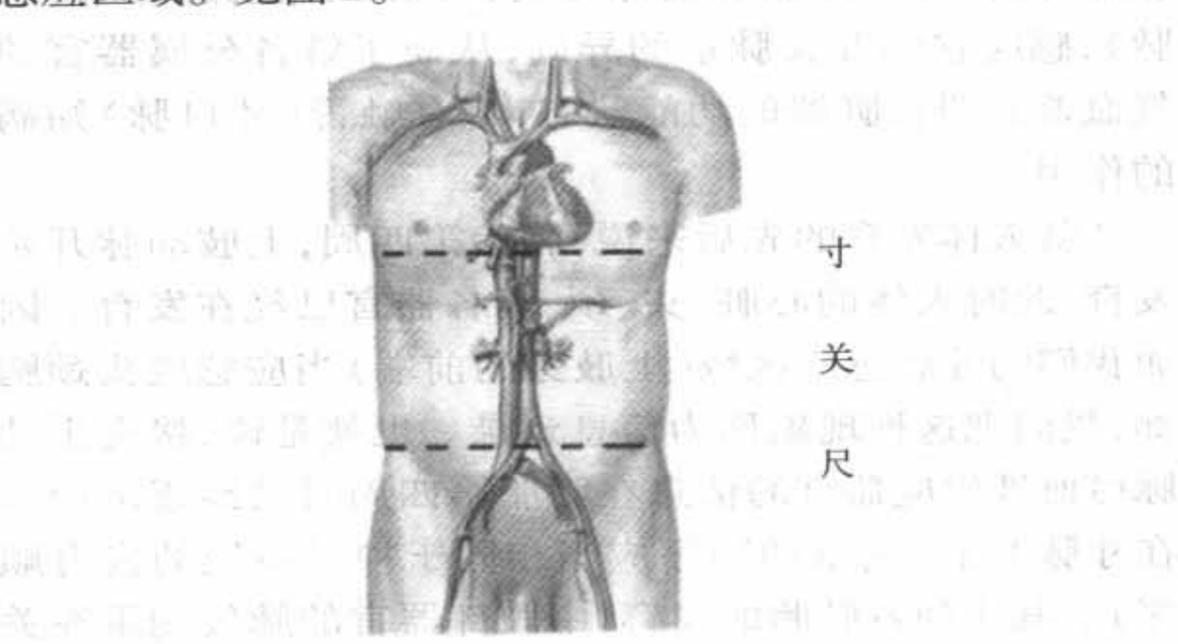


图2　寸口脉与人体血循环关系

既然人体的血液供应分为三个层面，那么触摸人体上下血管，它们的脉压一定是不一样的，血管内外的张力等因素也各不相同，这就产生了不同脉象。《内经》记载的遍诊法就是手触全身上下的血管，感应它们间的差异从而了解各脏器的气血变化，寸口脉法同样具有如此道理。就脉压来说，人的主动脉弓压力最高，中腹部次之，髂动脉脉压较弱。中医把寸、关、尺脉势与人体的整体血液供应相对应。通过手触脉管的感觉来判断它们的改变是有一定道理的。医生手触桡动脉候脉，三指在桡动脉上分远心端（寸脉）、近心端（尺脉）、二者之间（关脉），来感应人体主动脉分属（寸脉）、腹腔动脉分属（关脉）、髂动脉分属（尺脉），感应它们九大脉素的异同，从而了解各分属器官的气血差异即各脏器的功能状态，将有触管（寸口脉）知病的作用。

就人体发育的先后来说，胚胎第四周，上肢动脉开始发育，此时人体的心脏、头、颈、胸各器官已经在发育。因而我们的寸脉感应区域（上肢芽的前端）当应感应头颈胸部，我们把这种现象称为信息刻录。也就是说，接受主动脉弓血液供应器官的信息在胚胎第四周时已经逐渐记录在寸脉上了（刻录的顺序应当相同于神经系统的发育顺序）。其次随着胚胎的发育，中腹部器官的脉气刻录在关脉、盆腔及下肢的脉气刻录在尺脉。见图3。

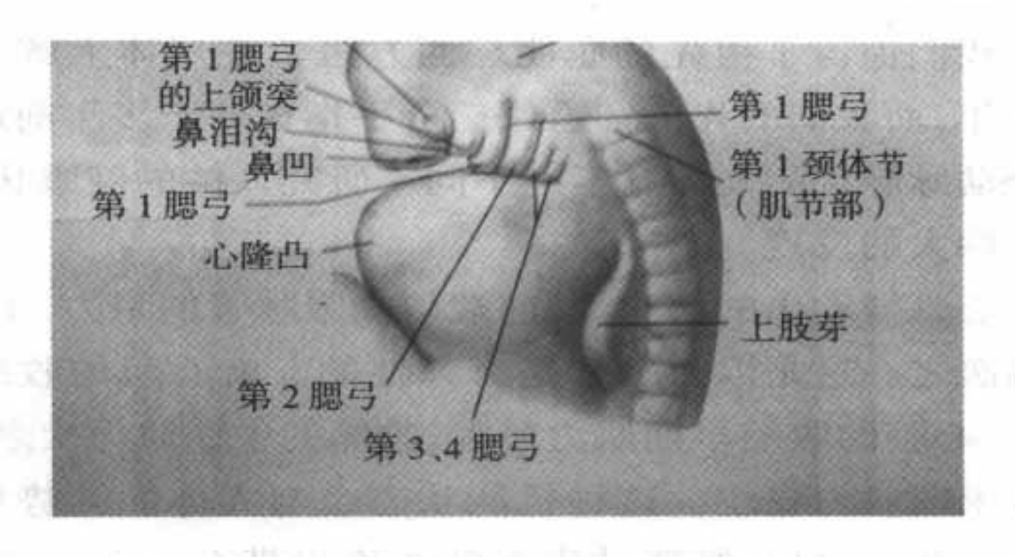


图3 胚胎第四周发育

心脏为动脉管的起始端。主动脉上的分支为第一分支，腹腔动脉为第二分支，髂动脉为第三分支。当第一分支所属脏器发生病变时，其脉晕出现在脉流的前端，在脉道上感应其脉气也在前端，在寸口脉上感应则属寸部。第二分支所属脏器发生病变时，其脉晕出现在脉流的中端，在脉道上感应其脉气在中端，寸口脉上感应则在关脉。同理第三分支疾病脏器的脉晕在尺脉。见图4。

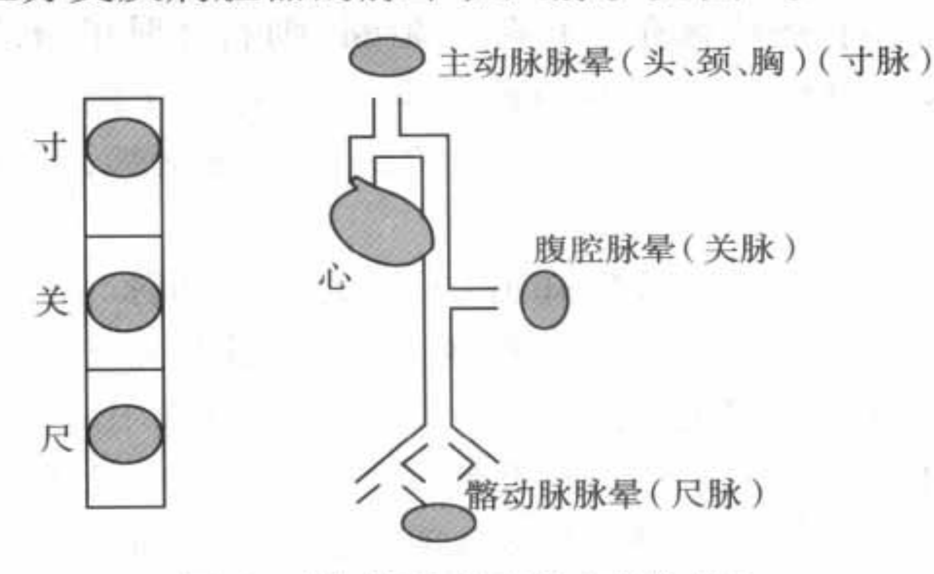


图4 寸关尺脉晕与人体血供的关系

我们惊讶于祖先的聪明。西方医学在尸体上解剖了几千年，而我们的先人知道用三个手指在两千多年前通过对桡动脉脉气的九大脉素的不同来研究人体的健康状态，这是伟大的发现。

心脏搏动出的血流，其前端须克服脉管的阻力，中端、末端次之。这是因为脉管是有弹性的。就心肌的收缩力来说，心脏的收缩早期肌力最大，收缩的中期肌力次之，收缩的末期肌力较小。这种机能状态也与人体的脉势相匹配。事实上，自心脏搏动出来的血流也带有一定的势能，势能的最前端脉势最强，中、末渐次之。如此种种势能的差别与匹配将共同组成人体气血的循环。人体血液供应三分属、内脏神经分布的三分属及寸关尺三分属间的有机结合将是中医脉势和脉气的本质。桡动脉的血流在进入手时，手部动、静脉的通畅情况直接影响到桡动脉管内的压力。测量桡动脉的九大脉象要素的改变即可了解手的血液供应情况，同时也可比拟人体和各器官的气血情况。如果把右手桡动脉在手鱼际处阻断，则右寸脉的脉力增强就是这一道理。这是因为桡动脉前方遇到了阻力。若手部长了肿瘤，此时桡动脉前端的脉力也会增强，寸脉的脉力也增强。

人体解剖学让我们知道：人体的右手动脉与右颈总动脉同时开口于主动脉弓的右侧，左手动脉与左颈总动脉相邻开口于主动脉弓的左侧。人体左侧脑部出现病变时（脑占位性病变、脑梗塞、炎症等），人体左寸脉力一定也增高。同理，人体右侧脑部出现占位性病变时，右侧寸脉脉力也增强。压迫一侧颈总动脉，则其同侧寸脉脉力增

强。这是因为心脏的搏力不变，上臂动脉的内压增高而微循环不能及时有效地调节，在接近脏器的前端（在手为寸脉部）会出现脉晕增强的脉晕点。见图5。

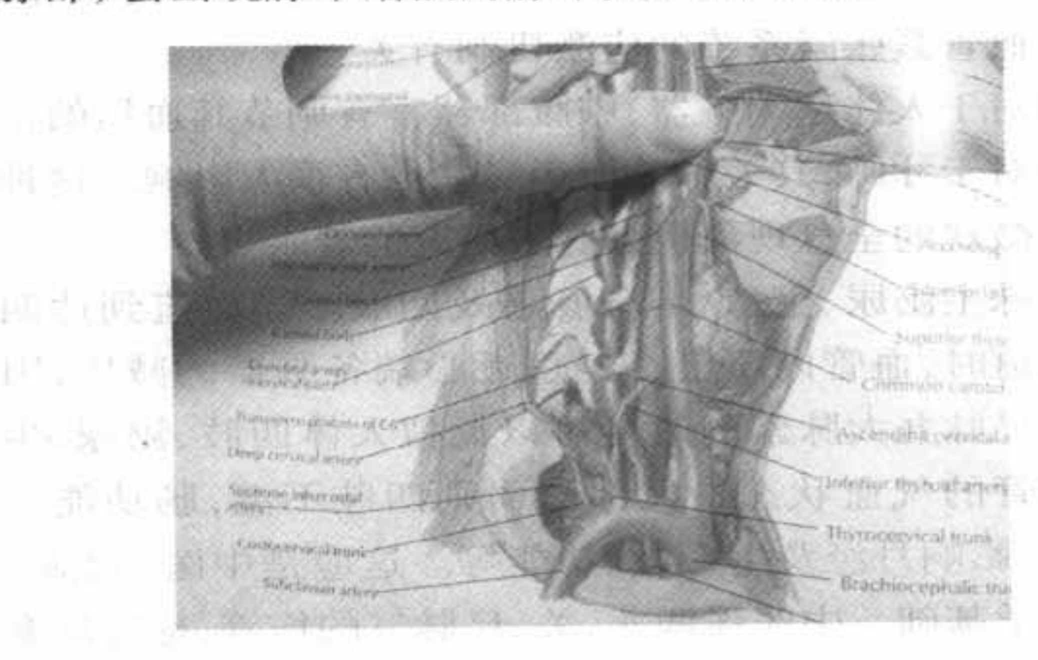


图5　压迫一侧颈动脉，同侧寸口脉力增强

反之，一侧寸脉的脉力减弱，在排除心脏疾病的前提下，我们有理由认为其同侧脑组织血供不足或微循环的血液供应不足。特别是寸脉的远心端脉力不足，多提示同侧的脑血供不足或微循环的血液供应不足。

人体寸口脉的关脉主要感应中腹部器官的脉气，主要是消化系统。这部分脏器在解剖学上都有一个共同的特点：动静脉短粗，血流通过快。除了其自身的生理、生化功能外，可有效地降低动脉内的压力。当关脉出现弦、紧或出现脉力增强的“脉晕点”时，微循环不畅，部分人体的血压可升高，这是因为腹主动脉的脉压升高，主动脉弓及其分支的脉压也增高。临床上一部分肝火旺盛的病人血压升高就有这个道理。事实上这部分病人的血压只是不稳

定而并非都是高血压病,充其量也只是继发性高血压。临床上仅泻中焦,血压即可稳定。真正的遗传性高血压为弦而有力之脉。这可能与其支配的神经高度兴奋、血行受阻或肾素血管紧张素系统的应激机制有关。

相对于人体远端脏器,中腹部器官有调节其血压的作用。相对于寸脉,其关脉的血运对它也有很大影响。这种宏观于微观的全息现象也是脉象研究的着眼点。

尺脉主泌尿、生殖、部分肠道及四肢。当血流到达四肢及肠道时,血管内压已经经过近心端各脏器的减压,因而了解尺脉九大脉素的改变可以比拟人体四肢、泌尿、生殖及肠管的气血状态。尺部脉弱则四肢不温,肠功能不好,甚至影响月经及生育、性功能等。这应是中医"肾虚"的解剖学基础。中医强调寸、关、尺脉气的均等,这也寓意人体的气血旺盛,血气平衡,心搏浑厚有力与持久,还说明人体血管的弹性阻力与心脏的功能相匹配。医生诊脉就是通过对脉管的感觉来体验这种区别。反之,如果脉象某部出现了异常,也一定提示人体某部存在问题。

心血管对脏器的供血,是通过血管一级一极的分支,直至通过微循环完成的。因此某脏器如果除了血管把其他组织都忽略的话,这一内脏事实上只是个血球或血管网,而每一个血球或血管网对心脏来说都是一个阻力器官。当心脏做功通过血流对内脏供血时,内脏的血管缩舒状态必须与心脏的缩舒状态相匹配,只有匹配时才能有平脉的出现。见图6。

研究发现:人从胚胎发育开始到性生理的成熟,脉象才能达到"平脉"的要求。而疾病状态下的器官发生了形态、功能、血管口径的变化,打破了这种协调与匹配关系,

这种疾病脉气甚至对血管壁进行回应及撞击，形成疾病脏器独异的脉气形式，在寸口脉上以脉晕的形式出现。主要有以下八种表现形式：



图6 肺、心、肝的血管网

——病脏距心脏的远近，其回应、撞击所形成的脉晕点在脉管内出现有先后之别。在寸口脉上感应其脉气则头、心为最早，分属在寸部。肝、胆、脾、胃、胰腺、肾、肠次之，分属在关部。肠、泌尿、生殖、下肢等在最后，分属在尺部。它们的脉象形式为脉晕点。

——疾病脏器的脉晕点除寸脉所属难以区分左右，必须在边脉的导引下才能区分。

——体积大的疾病脏器，其回应及撞击的脉气较大，脉晕点也大。

——损害范围大、广，如肿瘤，则其回应及撞击的脉气较大，即脉晕点大。

——体积小的脏器脉气小，脉晕点也小。

——实质性脏器或脏器发生实质性病变，其发生的回应及撞击的力度较大，即脉晕点脉力强。

——脏器在浮、沉位，与脉晕点的浮沉位相同。

——脏器的机能减退或手术的切除则对应的脉气减弱，脉晕也减力或体积变小。

中医脉诊的“动脉”事实上就是脉晕点脉象。其脉理

是因为内脏器官的血管开放与心脏的收缩、舒张不协调所致。即心脏收缩时脏器的血管闭合,心脏舒张时脏器的血管开放,而造成脉动的脉象。

总之:

——内脏体积大小与脉晕点的大小成正比例关系。即:内脏体积大则脉晕点大,反之类同。

——脏器的质地、机能与脉晕点的脉力成正比例关系。即:实质性脏器脉晕点的脉力强,空腔脏器脉晕点的脉力弱。

——内脏组织的位置决定"脉晕点"的脉口位置。

神经说寸口分属

寸口脉反映桡动脉的脉象信息。该血管的支配神经是内脏植物神经。植物神经不但支配血管,而且还支配皮肤的汗腺、皮脂腺、立毛肌,也就是中医所指的腠理范畴。植物神经还主要支配内脏的运动与感觉。这种感觉与运动不受人体意识的支配,具有自主性。植物神经对脏器的压迫,膨胀、牵拉最为敏感,这是植物神经的特点。

人体脊髓颈节及第1~5胸节段植物神经的侧角节前纤维更换神经元后,其节后纤维支配头、颈、胸各器官,如头面颈的血管、皮肤的腠理、心肺、气管、淋巴、甲状腺、食道、纵膈等器官。中医认为:"寸脉主头胸。"可以认为:人体脊髓颈节及1~5胸节段所支配的区域为中医寸脉感应范围。因此当人体头、颈、胸腔的脏器发生疾病时,其信息可以在寸脉上感知。

脊髓5~12胸节段侧角细胞的节前纤维更换神经元后,其节后纤维支配上、中腹的血管,皮肤,乳房及腹腔内

实质性脏器和结肠左曲以上的消化器官,如肝、胆、脾、胃、胰、双肾、十二指肠,肠系膜、盲肠、升结肠、横结肠,空、回肠,肠系膜、淋巴结等。中医认为:"关主腹中。"可以认为,此区域相当于中医关脉的感应范围。即中腹部各脏器疾病状态下的脉信息在关脉感知。

脊髓腰上部节段侧角细胞的节前纤维更换神经元后,其节后纤维支配盆腔脏器,结肠左曲以下的消化管、下肢,例如输尿管、膀胱、子宫、附件、前列腺、乙状结肠、直肠、脐以下腹壁等。即中医的尺脉感应范围。脐以下各脏器的脉信息在尺脉感知。见图 7。

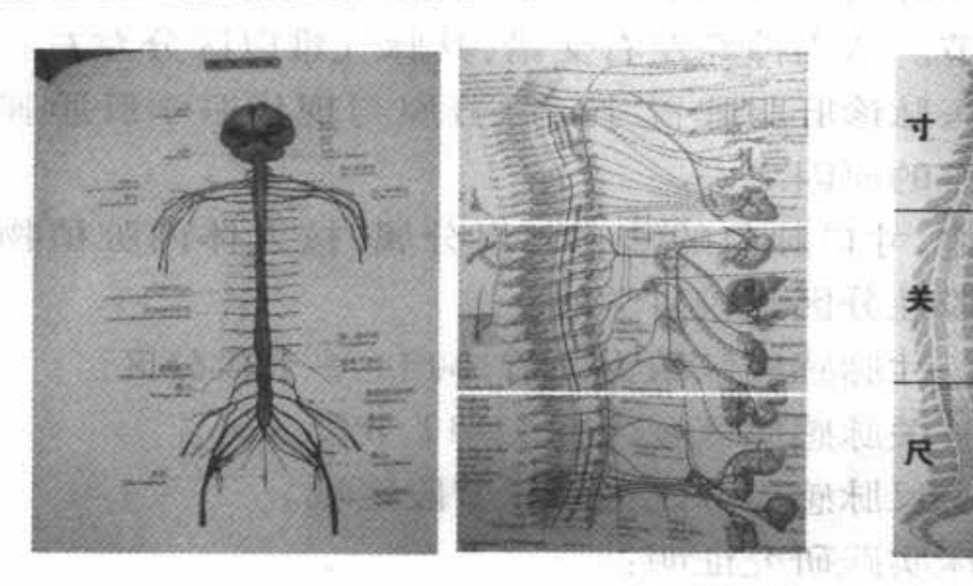


图 7 寸口脉与人体神经的三分属

从植物神经颈、胸、腰节段的不同分布,感应区域的不同来分析,符合中医的寸、关、尺脉气的感应区域。当然植物神经的传导最终是通过脊神经来完成的。临床上偏瘫的病人偏瘫侧的脉力明显减弱于健侧就足以证明脉象的产生与植物神经及脊神经相关联。支配桡动脉的神经来源于颈丛,颈椎病、肩周炎时,颈丛神经受到刺激与压迫,

这种刺激可传递到桡动脉壁。内脏的牵涉痛常常反映在体表，并以边脉的形式出现，临床候脉时我们常常能感应到这种特征脉象。这更能说明神经与脉象有直接的联系。

人体植物神经在脊柱两侧呈对称分布，并且左右、上下脏器之间有广泛的交通支相互联系。对于感觉的传导，它们存在着同侧同区域的优势传导，也存在相邻脏器的非优势感应，这一功能与其广泛的交通支分不开。所以许多内脏疾病的病人有时不能准确地指出自己的病患所在。这也是脉象出现左右模糊感觉的原因之一。事实上，人体上腹部如肝、脾、胃、胆等脏器，植物神经共同隶属于腹腔大神经节。节内神经左右交错，其脉气难以区分左右。这也是中医脉诊肝胆脾胃寸口脉分属与现代医学肝胆脾胃左右不一的原因之一。

总之，寸口脉象的寸、关、尺分属，按人体内脏植物神经的节段性分区是较科学的。

——寸脉感应区域为颈节、胸1～5节段分区。

——关脉感应区域为胸5～12节段分区。

——尺脉感应分区为腰骶节段区域。

临床实践研究证明：

——寸脉的病位感应最敏感，关尺脉次之。

——实质性脏器，脉象感应最敏感，空腔脏器次之。

——脏器在充血、水肿、增生时，脉象感应转为明显；空腔脏器发生了占位，其脉象感应也较敏感。

寸脉感应敏感的原因可能是上肢桡动脉的植物神经中枢与颈节、胸1～5节段内脏植物神经的中枢相邻或直接支配，而实质性脏器敏感的原因则可能是神经被病灶压

迫、牵拉及刺激的结果。病脉必然是在人体疾病情况下出现,正常情况下无此类脉象。

临床实践还证明:

——内脏实质性脏器疾病状态下通过内脏植物神经传感的脉象信息分属在寸口脉上多呈现点、团的脉感。这与脏器的形态分不开,内脏的形态是圆团,在寸口脉上的脉气是点(脉晕点)[3]。内脏及肌肉的形态是条索样,寸口脉晕的形态呈线样。

——空腔脏器在疾病姿态下的寸口脉象多呈脉浮、沉、强、弱的脉感。

植物神经进入内脏后将逐级地分支,直至每个细胞壁都被网络,如果某一内脏除去神经组织之外把其他所有细胞及组织都忽略的话,可以想象这一内脏将变成一个神经点、网及团。大脑是通过植物神经对这些神经点、团、网来完成对内脏的感知的,所以说脉象是机体的一种知觉反映形成。

临床实践进一步证明:脏器的形态不同,神经团的形态不同,脉象的感觉也不同。

——实质性脏器在脉象上的投影是脉点或脉团。

——空腔脏器在脉象上的投影多见浮起的脉晕或沉晕。

——体表的肌肉、筋膜在脉象的投影是线,并显示在脉道的边缘。

——内脏病变的传导与体表神经在脊髓平面相邻,则脉象出现有点有边的脉感现象。

经验也告诉我们:内脏的脉感将随其形态、大小、位置

的不同而不同：

——脏器的体积大则在脉象的投影范围也大，寸口对应的脉晕点也大。

——脏器的体积小则脉象的投影范围也小，寸口脉晕点也小。

脏器在躯体的位置不同，在脉象的位置与其相对应：

——脏器的位置在膈肌以上，则投影在寸口脉的位置为寸脉。

❖ 人的头部则投影在寸脉的远心端。

❖ 人的颈部则投影在寸脉的中部。

❖ 人的胸腔及其脏器投影在整个寸脉。

——腹腔脏器的位置在躯体的中部，其投影在寸口的位置为关脉。

❖ 肝胆脾胃胰等脏器投影在关脉的远心端。

❖ 双肾及肾上腺等投影在关脉的近心端。

——脏器的位置在盆腔，则其投影在寸口的位置为尺脉。

——人体的体表皮肤、肌肉等，则投影在脉的边缘。

❖ 桡侧缘：分属人体侧面及后背体表的软组织脉气等。

❖ 尺侧缘：分属人体腹前各组织脉气等。

脏器的质量、质地不同，其脉位、脉力也不同：

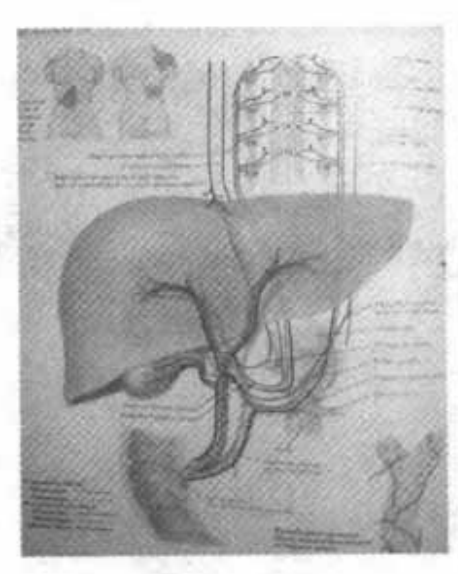
——实质性脏器的脉位多沉，病变时其脉力多强。

——空腔脏器脉位多浮、多虚。

——当脉位沉、无力或无脉，多提示脏器的功能减弱、体积缩小或手术摘除等。

——脉力的增强、脉晕点的增大，多提示脏器的体积增大、器官的实变、硬化、炎症、肿瘤的存在等。

躯体神经传感的信息在脉象上的投影多是线、边的脉感，并常出现在脉道的某侧边缘，我们把这一脉感现象称为边脉。这种边脉在脉管上的位置与躯体的病变位置相吻合。边脉产生的原理：一是内脏的病变，其疼痛牵涉到体表时，内脏、体表的传导神经相邻于同一脊髓平面。二是凡胸腔脏器或腹腔脏器、盆腔脏器的病变刺激到胸膜或腹膜的壁层时，病人局部多出现明显的疼痛，这种疼痛的信息将沿着其相应的感觉神经即脊神经传导到中枢神经系统，脉象上将出现脉晕点合并边脉的特异脉感，这一特异脉感与脏器在寸口脉的分属相吻合。见图8。



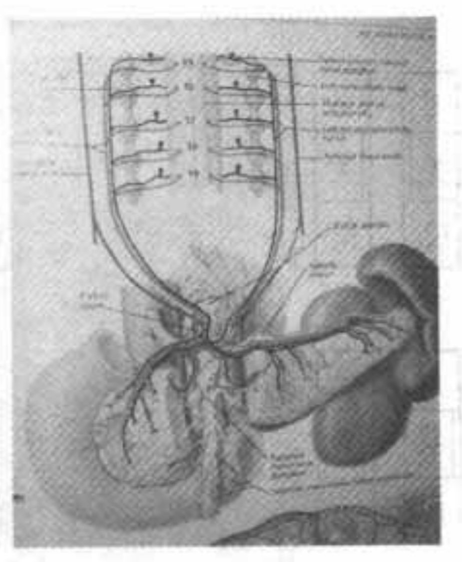


图8 躯体神经传感与脉象的关系

边脉与边脉合并脉晕点脉象的发现非常重要，它将导引我们通过脉诊确定疾病的脏器，对脉诊的直接诊病、寻病有重要意义。

例1，胆囊炎出现右肩胛疼痛，脉道的右关脉出现脉

晕点合并右寸关边脉。见图 9。

例 2，肝脏疾病出现右肩胛疼痛，脉道的右寸出现右寸脉晕点合并右寸桡侧边脉，也见弦脉合并右关脉晕点。见图 9。

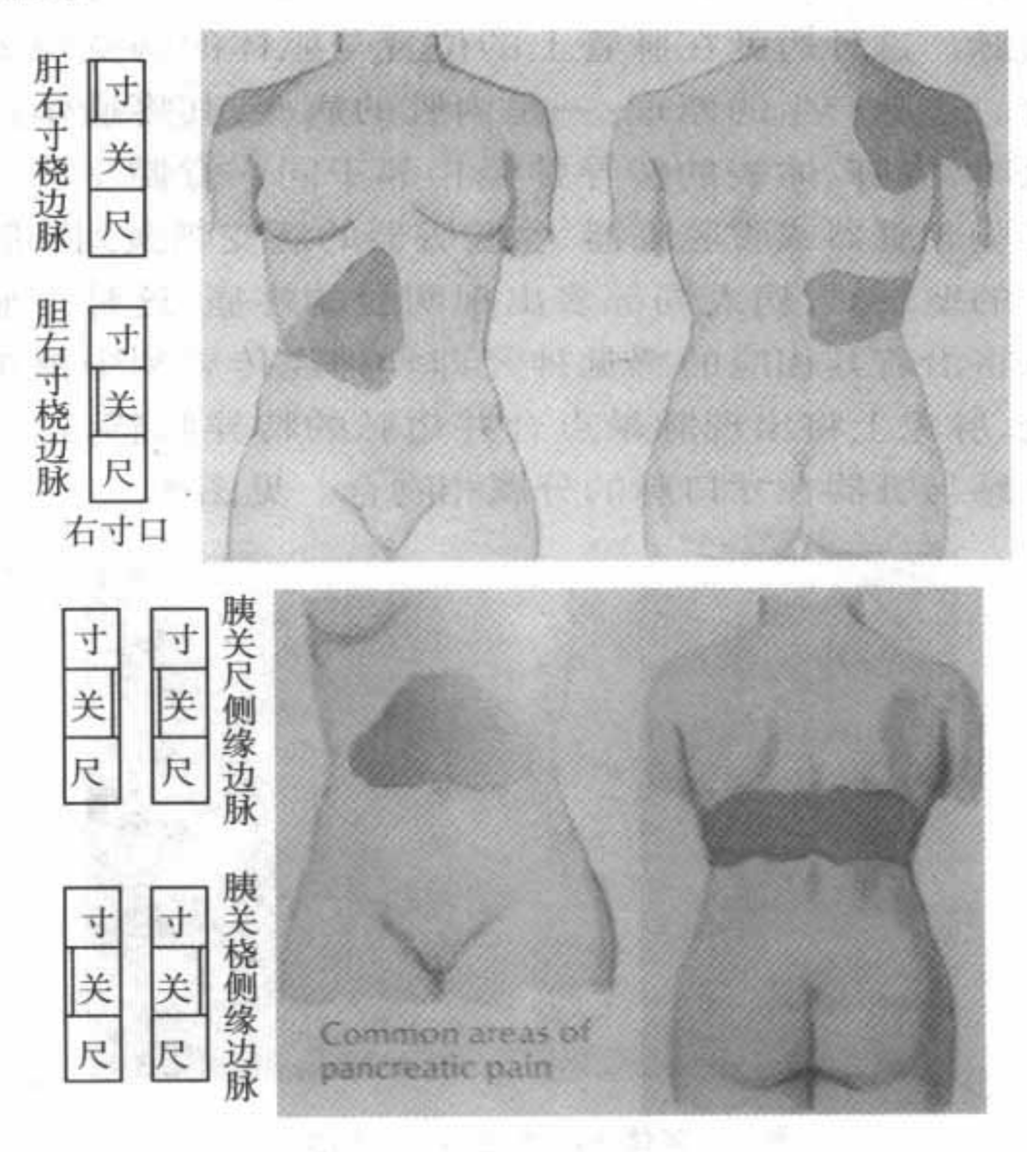


图 9　胆囊、肝脏、胰腺疾病出现的边脉

例 3，胰腺炎出现双关脉脉晕点合并双关桡侧或尺侧缘边脉的特异脉感。见图 9。

寸口脉象这种与脏器分属相对应的有点有边的特异

脉象是内脏牵涉性疼痛的特异形式,通过这种特异脉象能指示出病变脏器。临床上边脉提供的脉象定位,脉晕点合并边脉提供的内脏牵涉痛是脉象学的重大发现。这一发现打破了脉象学的传统识脉方法,同时也为脉象原理的寻求提供了神经学说的依据。

神经被压迫的早期,脉力可增强,压迫后期则其对应的脏器脉气将减弱,这与神经功能的损伤有关。例如椎间盘突出症就是如此。早期脊神经被压迫,其同侧的关尺脉实,后期则脉气减弱明显。

脑中风时,瘫痪侧的肢体其关尺脉的明显变化和疾病侧的寸脉特异性改变进一步证明脉象受控于神经。特别是风脉的重要发现更确立脉象原理的神经说。

人体在胚胎时,心脏与神经是首先发育的。胚胎第6周时人的皮节即节段已经分辨得很清楚,头、颈、胸、骶各段分辨明显。见图10。



图10 胚胎第6周神经发育

这一生理现象也说明人体的一切机能皆来源于神经的支配。

人体体表的动脉都会有脉象信息。选择手腕部桡动脉这是因为桡动脉在手这一器官的前端，了解该动脉气血的变化可以内视手的供血、静脉的回流、神经的支配等。事实上脉象的产生是复合性因素，不是某种单一的因素。神经及气血说是诸多因素中的主要因素。例如右侧脑出血并出现左偏瘫的病人，他的脉象将出现右寸脉远端有一枚大如黄豆的脉晕点或右寸脉的沉、无力，右关尺脉象改变不大（如是高血压则右关尺脉的脉力增强），左寸口脉的脉力除寸脉以外，关尺脉明显减弱甚至无脉。右寸脉出现独异的脉晕点是因为右脑的病变导致右脑组织和血行通过障碍，则同侧颈动脉的脉压增高，而右手微循环不能及时地调节，出现右手寸脉的独异。左寸脉则与其原发疾病的脉象相吻合，左关尺脉则明显减弱。右寸脉的增强或减弱与脑组织的血液供应有关，左寸脉无改变是因为左脑暂无病变，而左关尺脉的明显减弱则是支配左半身的中枢神经发生了病变，但左寸脉不改变。这一脉象改变也有力地说明人体脉象受控于神经与心血管系统。

脉象的存在以人体的机能状态为基础，人体九大系统都具有改变脉象的作用，诸如运动系统可以改变脉象的频率，运动时脉率加快，安静时脉率减缓。内分泌可以改变脉象的频率、管径、大小、脉力等。就连人的精神状态都可引起脉象的改变等。研究脉象仅在于通过脉象逆向判断人体的即时机能状态并发现某些异常。

由于肝胆脾胃胰的血液供应共同来源于腹腔动脉，因

此它们的脉气难以区分左右。又由于支配它们的神经共同隶属于腹腔神经节并左右交叉传导,因此也难分左右。在这两种主要原因作用下,肝胆脾胃胰的脉气难以通过脉象区别左右,因此临床上在候肝脾胃胰之脉时应左右合参。研究发现:将左候肝胆改为右候肝胆,右候脾胃改为左候脾胃、合参左右候胰腺更接近于临床诊断。临床上大部分肝胆疾病放射性疼痛在右肩,胰腺疾病疼痛部位在中腹及后腰部。乳房、胆、胃、脾脏、肾切除术后其对应脉晕点的由强变弱甚至消失是有力的佐证。边脉的发现可以纠正古脉学寸口脉分属的不足,同时也进一步证明新寸口分属的正确性。

个别情况下脉象的左右脉气相反,考其原因可能与它们的神经传递异常有关。我们提倡右候肝胆左候脾胃,一是提高了临床诊断率,二是有利于中西互通,三是有利于现代人的接受,四是由其血管、神经所组成的脉气所决定的。见图 11。

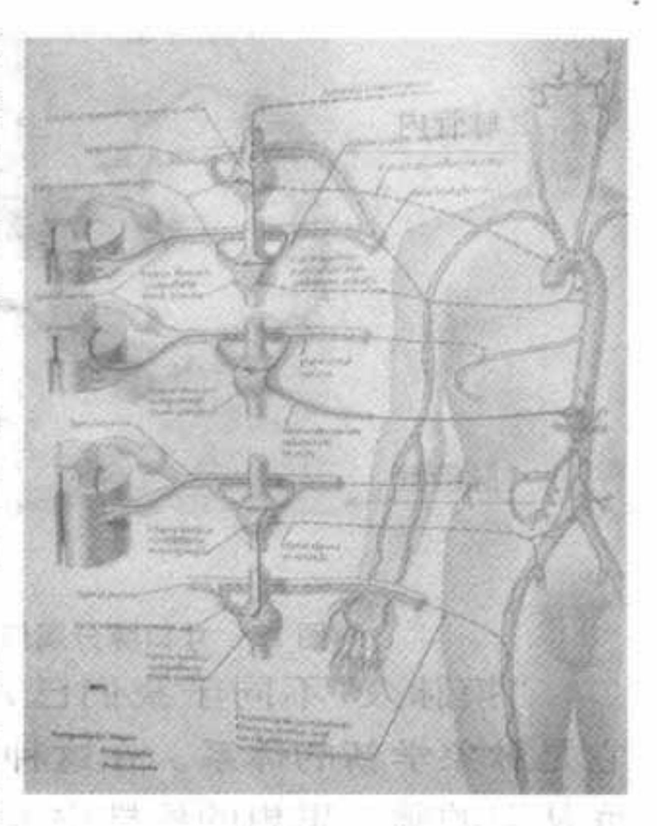


图 11 人体血循环与神经的三分属

脉象学者一定知道,正常人左尺脉始终弱于右尺脉,考其原因我们发现:这与人体脏器的血供范围及神经分布范围有关。右关尺脉分属的脏器是肠系膜上动

脉分支器官，即空肠、回肠、结肠左曲以上的结肠等。门静脉的血行走向亦趋右势。而左尺脉分属仅是结肠左曲以下的结肠及泌尿、生殖器官等。

研究还发现：关尺脉同强则此人的性功能强。因人的性器官的血液供应是由腹主动脉及髂动脉分支双重供养，所以关、尺脉任何一部的减弱都会出现性功能的减退。

寸口脉分属似胎儿睡在脉道里，一侧寸口脉就是其人的半个身躯。它的头、中腹部稍发达，有四肢，有内脏，四肢与肚脐以下器官相重叠。各脏器基本按现代人体解剖学井然有序地排列在脉道中，而且是三维立体的。因此候脉就是“摸脉人”。见图 12。

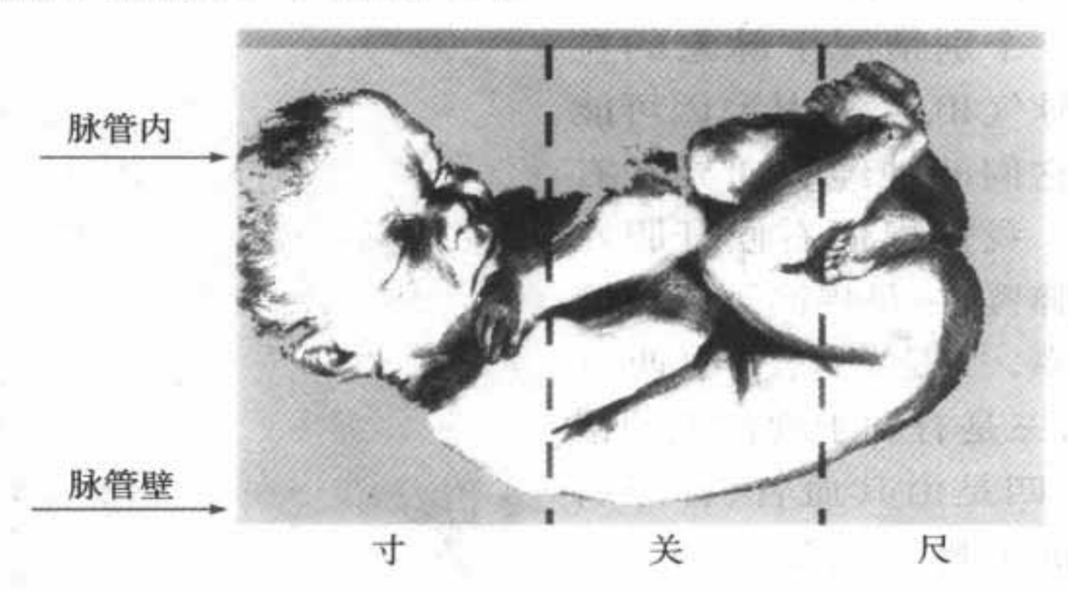


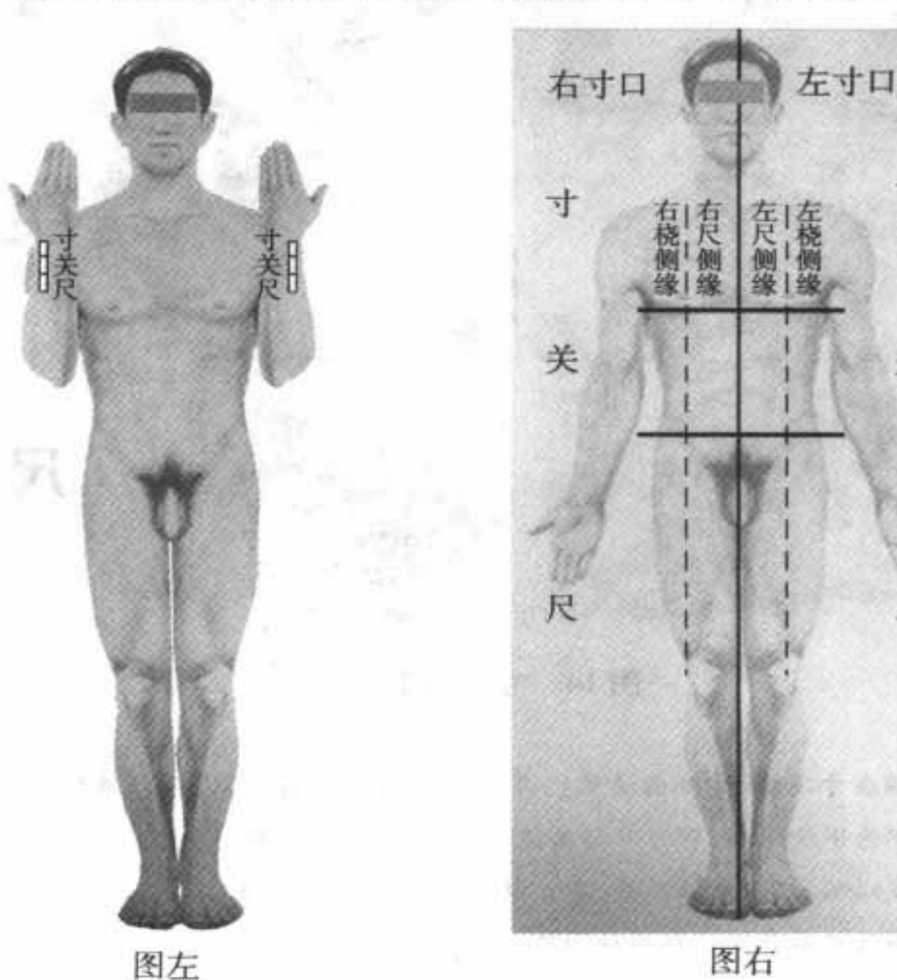
图 12　寸口脉分属似胎儿睡在脉道里

“摸脉人”不同于我们已知的脏腑之气的寸口分属，它是脉象学新的体系。在这种候脉思想指导下，我们将彻底从旧的脉学思想的桎梏中走出，达到候脉知病的境地。

三、脉 象 图

婴儿在母腹中的样子是头和肚子大大的，四肢偏弱并屈曲。双手肘部曲置于胸前。脏腑新定位的方法，也是采用婴儿未落地前的姿势。这一姿态的选择是经过反复的临床论证确立的。

人体以标准解剖学姿势站立（或平卧），面向前（或向上），双上肢肘关节屈曲，放于胸前。双前臂相平行。见图13左。



图左　　图右

图13　人体解剖学姿势

左图中人体的双手桡动脉的位置与方向同人体长轴一致。双寸脉指向头端,双尺脉指向下肢。在空间思维上将寸口脉(桡动脉)打开、放大、平面、立体的投影在人体上。见图13右。把图右的胸、腹壁打开,结合人体植物神经,血液分区和笔者对脏器脉象的体会绘制出脉气图,即寸口脉象图。见图14。

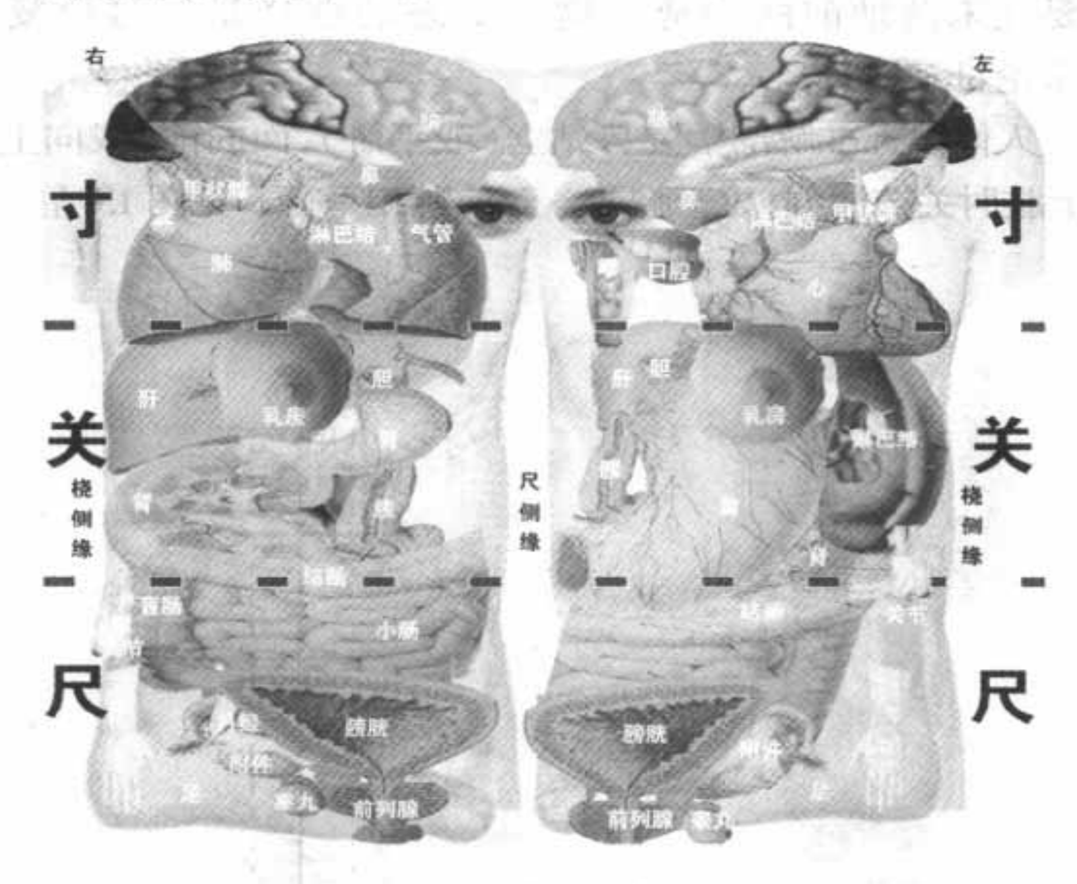


图14 寸口脉象图

说明:

A. 头颅在寸顶端(寸脉的远端),耳与颅中相重叠,眼、鼻与前额脉位相重叠。

B. 寸中为甲状腺部,有时可与扁桃体、劲淋巴结脉位相重叠。

C. 左寸以咽、心的脉位为主,右寸以肺、气管的脉位为主。

D. 颈椎及枕后在双寸脉的桡侧缘。

E. 关脉为肝、胆、胰、胃、脾、肾、肠的脉位,重叠多见。

F. 左为脾胃,右为肝胆脉位。双肾在关的下区。

G. 关尺接壤处为肠区脉位。右手脉感应结肠右半及空、回肠、结肠左曲。直肠脉位在左。

H. 双上下肢脉位与尺脉区相重叠。

I. 盆腔脏器在尺脉的最下区。见表2。

J. 直肠的脉位在左尺脉下端，生殖脉位在右尺端。泌尿及前列腺脉位在双尺下端。

脉象图的发现使候脉有了依据。候脉时我们将做到胸中有人，脉中有人，指下有人，人脉相应。候脉就是摸脉人。

在人体器官脉位图中，人体的肠管、上下肢在尺脉区，一是根据植物神经节段范围及上、下肢脉气的指感所分，二是以胚胎发育的先后为依据并经临床实践的反复确认。

至今为止，人类已经发现了耳象图、脸象图、结膜象图、鼻象图、舌象图、手和足象图等图谱。但它们都只是平面静止的图谱。而脉象之图则是三维立体且呈动态的变化。它完全不同于王叔和的脉图，是脉象学史上的重大发现。

四、三维脉位

仅了解前章中人体器官的寸口脉象图是不够的，因为那只是一个平面。事实上人体是一圆柱体，桡动脉也是圆形管道。相对一个器官来说，它有上下、左右、前后、内外之分，成三维立体。脉学的先圣早在几千年前就已经从脉位上认识到了这一点。三维立体的观察脉象，归纳起来有三点。

（一）脏器在人体内的位置

人体姿势仍采用标准解剖学平卧位，分别以腋前线、腋中线、腋后线水平平分人体为三部分。见图 15。

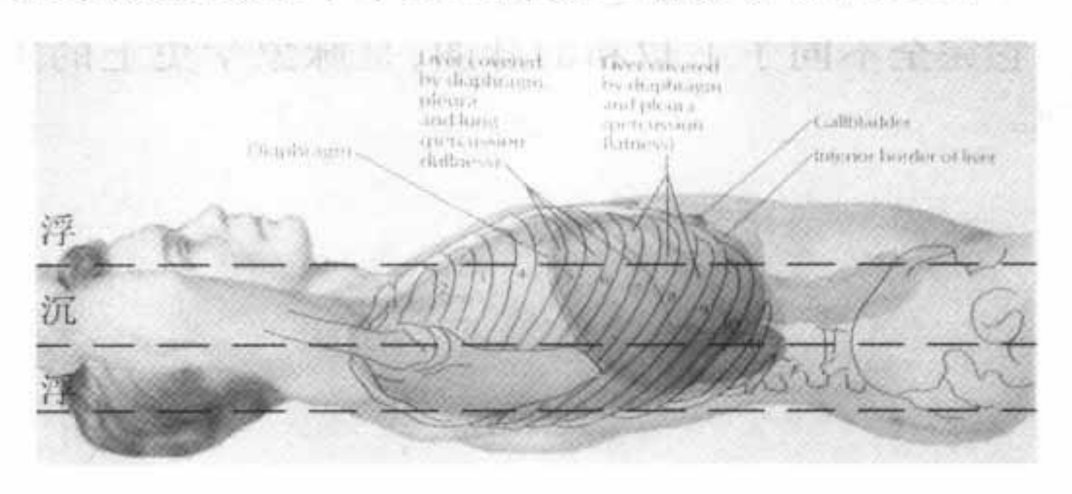


图 15　脏器脉位与人体解剖关系

人体各器官在躯体空间中有位置（脉位）上的不同，也就是它们有深浅（浮沉）之分、左右之分、上下之分、内外之分。就深浅来说先贤以脉位论之，以浮、中、沉三位来衡量。

——心、咽、眼、额、乳房、胃、胆、肠、膀胱等空腔脏器在腋前线水平居浮位，故而上述器官应称浮位器官；其脉位也在浮位，候其脉时可轻举即得。

——而腋中浅水平的器官多是些实质性器官。如肝、脾、胰、双肾、脊柱、前列腺、子宫、卵巢等为沉位器官，候其脉时可沉取方应。

——后背组织的脉象是一种特殊边脉，显示在脉的两侧缘，也居浮位，这是因为人体是圆柱形的，相对沉位来说，浮位是它的四周，沉位则是圆的中心。如果我们把脉管放大同于躯干，此时我们一定能够理解各器官在寸口脉上的浮、沉含意。见图16。

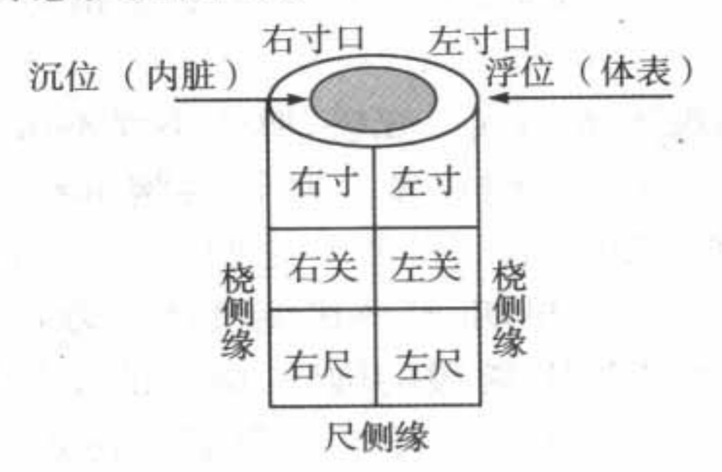


图16 寸口脉浮沉与人体的关系

说明：

人体的头、颈、胸为上，中腹部为中，肚脐以下为下。

注：左右之分，又有几个侧面：

A. 是器官的左右之分，如肝胆居右、脾胃在左。

B. 是左右寸口脉，并于一侧寸口脉上又分尺侧缘和桡侧缘。

从上图可以理解为：两侧桡动脉的尺侧缘合参可感应人体接近中线位的器官，桡动脉的桡侧缘可感应人体两侧

和后背的脉气。例如人体背部的软组织，脊柱、神经、筋膜的病变候脉时可在脉的桡侧触及边脉。而人体中线部位的脏器，候脉时应双手合参在尺侧缘。候脉时，左手脉候左半身脉气、右手脉候右半身脉气。脉管的一侧（尺侧缘）候腹前各脏器，桡侧缘候人体侧面和背后软组织以及人体牵涉性疼痛性病变之脉气。

（二）寸口脉在腕腹中的脉位

寸口脉脉管在腕腹部脉位也是中医所指的浮、中、沉脉位。在脉象中，脉位趋浮的有浮脉、濡脉、洪脉、革脉、芤脉、散脉、浊脉、实脉等。脉位沉的脉象见沉脉、伏脉、牢脉、弱脉等。在传统脉法中，脉位主要是指脉管在腕腹中的深浅位置。

正常情况下人的气血旺盛，脉道不浮不沉。皮肤腠理充盈饱满，各组织代谢正常。脉管为腕部组织供应了血液，腕部组织充盈托起了脉管。它们之间有相互依存的关系。疾病前或炎症早期，整体机能及抵抗力尚没有严重受损，人体代谢的增强，腕腹的饱满，脉道的充盈与通畅或通透性增加，将脉管托起呈浮脉的脉感。脉虽浮但浮而畅通，用力按时则有虚感。所以浮脉轻举即得，但按之不足。久病的情况下，脉管本身充盈度不够，腕腹组织缺血缺水，心脏功能状态不佳，皮肤、组织收敛，脉管连同腕部组织干瘪与塌陷。因而脉管只能通过沉按才能感觉到它的搏动，所以沉脉轻取不应，重按始得，也说明病情趋重等。

有时疾病的晚期，脉象出现了虚浮，个别情况下见于回光返照。也有在疾病的早期出现沉脉，多提示病情来势较重。如果在治疗中沉脉渐浮，浮脉渐中均说明病情向

缓。不论空腔脏器还是实质性脏器，它们的体积缩小、缺如、功能减弱、慢性炎症等都可以造成脉道变细、脉位变沉、脉力减弱等。至于肝脏疾病状态下的弦脉，可能是植物神经受刺激过量，肾上腺素或肾素血管紧张素分泌过多，肝脏又不能有效灭活的原因。肾上腺素和血管紧张素有强烈的血管收缩作用，可造成小动脉及微循环的痉挛，脉细而弦。妊娠时的滑脉与经前期的滑脉一样是体内黄体酮、性激素分泌量高的原因。机体在这两种或更多种激素的作用下，血管扩张，微血管舒张，血流加速，形成滑脉等。

（三）脏腑在脉象中的脉位

是指脏器的脉晕回荡在寸口的位置。一般空腔脏器的脉位较浮，实质器官脉位较沉，有时呈浮沉样的脉感。空腔脏器在炎症的早期脉晕为浮，例如在充血期、部分水肿期。而水肿期、增生期、坏死期、脓肿、肿瘤等脉晕转沉。实质性脏器炎症的早期（充血期），脉晕也可浮，但感其脉多有力。若是肿瘤、实变，则出现黄豆样脉晕点，力搏指下。腰背部肌肉、筋膜、神经的无菌性炎症脉象呈脉外加边的脉形，并在浮位。脊柱的脉感也是边脉，但在沉位。

应当清楚地认识到："脉神"的候脉方法已经不是历代医家所主张的候脉法则，寸口脉所主脏器也不是历代医家所描述的脏腑寸、关、尺分属了，而是囊括了人体。

五、寸口脉的再分属

临床上上呼吸道感染引起的头痛与鼻窦炎放射性头疼的脉晕点位置不同,一侧乳房胀痛与胃痛的脉晕点的脉位也不同,肝胆疾病时它们的脉位更不同,种种临床现象表明寸口脉必须再分属。只有对寸口脉再分属,临床上才能达到触脉知脏器、知病的效果。根据人体神经及血管的分部,结合作者的临床体会,现把寸口脉加以再分属,以方便临床使用。为简明扼要仅以寸口脉脏器分属表表示。见表2。

一般按上述理念候脉,可候出全身各器官的脉气、脉位。候脉的方法则采取上候上脉(寸候头颈胸),下候下脉(尺候脐下及下肢、前臂及手),中候中脉(关脉候中腹部脏器脉象),左候左脉(左手寸关尺候左半身脉),右候右脉(右手寸关尺候右半身脉),双手合参候中间脏器(即人体正中线投影的脏器),两手脉的外缘(桡侧缘)候人体两侧及后背。如此候脉既可以候器官之气,又可以候器官之位。

表 2 寸口脉脏器分属表

		右	左
寸	上	右前额、右颅脑、右枕部、右小脑、右耳、右鼻、右眼、口腔、右腮腺	左前额、左颅脑、左枕部、左小脑、左耳、左鼻、左眼、口腔、左腮腺
	中	右颈椎、右颈项部软组织、甲状腺右侧、气管、右侧扁桃体、肺	左颈椎、左颈项部软组织、甲状腺左侧、左侧扁桃体、咽、舌、心
	下	右胸肋、肺、食道、纵隔、气管、右肩周肩胛	左胸肋、心、食道、纵隔、气管、左肩周肩胛、咽
关	上	右乳房、肝、胆、胰、右背部肩胛下软组织及肋神经	左乳房、胃、脾、胰、左背部肩胛下软组织及肋神经
	下	腰椎右侧、右肾、肾上腺、胰、空回肠、升横结肠及肠淋巴	腰椎左侧、左肾肾上腺、胰
尺	上	右上肢远端、右臀髂部、肠道、右输尿管、月经	左上肢远端、左臀髂部、肠道、结肠左曲、左输尿管
	下	膀胱、子宫、右卵巢、睾丸、阴道、直肠、前列腺、右下肢、月经	膀胱、左卵巢、阴道、前列腺、左下肢、睾丸、直肠

说明：

A. 左代表左寸口脉，右代表右寸口脉。

B. 右寸为肺，左寸为心。

C. 肝胆胰居右，脾、胃居左。

D. 右关尺脉感应范围最广，月经在右关尺脉感应。

六、寸口脉的合候

根据临床反复研究与体会，现将人体寸口脉的合候列下表：

表3 人体寸口脉象合候表

右候	双手合参	左候	
右头，右耳，右眼，右面、三叉神经右边牙痛，右上颌窦，右腮腺、鼻咽，右甲状腺，右肩，右肺及气管，右心房、心耳，右胸壁层	全头痛，额、筛窦，食道，咽，膈	左头，左耳，左眼，左面、三叉神经左边牙痛，左上颌窦，左腮腺、鼻咽，舌，左甲状腺，左肩，左肺及气管，左心房心室，左胸壁层，	寸
右乳房、肝胆，右肾肾上腺，右输尿管，右腰腰椎，空、回肠，结肠左曲以上，盲肠阑尾	肝胆，胃，胰，十二指肠空、回肠，结肠左曲以上，盲肠阑尾	脾、淋巴结、左肾肾上腺，左输尿管，空、回肠，结肠左曲以上	关
右臀、上下肢，右附件、右睾丸、精索，右输尿管	膀胱，子宫，直肠，前列腺	乙状结肠，左输尿管，左臀、上下肢，左睾丸，精索	尺
右	合参左右	左	

表中双手合参的部分,是指在候脉时采取双寸口脉象比较的候脉形式来候脉,需要双手合参候脉的脏器以空腔脏器为主。这是因为绝大部分内脏的神经与血液供应均是双侧及交叉的形式。候脉应两手比较,寻其独处,独处多病。

七、脉象形成原理的探讨

(一)先贤的认识

《素问·五脏别论》说:"气口何以独为五脏主,曰:胃者,水谷之海,六腑之大源也。五味入口,藏于胃,以养五脏气,气口亦太阴也。是以五脏六腑之气味,皆出于胃,变见于气口。"其意是讲:手太阴肺经起于脾胃,气口(脉)与足太阴相通。脾胃是五脏六腑气的来源。所以可借助于寸口来观察脏腑之气。《难经》曰:"十二经皆有动脉,独取寸口,以决五脏六腑死生吉凶之法。何谓也?然:寸口者,脉之大会,手太阴之动脉也。"《难经》更进一步明确指出人体十二经脉之气血皆汇集于寸口。故人体脏腑气血的生理和病理变化皆可借助于寸口脉来观察。

(二)本位知觉

在漫长的进化过程中,人体机能的调节已经相当复杂,但人体神经与体液的调节起主导作用。而植物神经是人体神经系统的一部分,其功能具有一定自治性,同人体的体神经系统共同完成高级中枢、大脑对人体的支配。

人体植物神经有自己的低级中枢。它们主管人体内脏组织的感觉及运动,与体神经相协调。如人体大量运动时,体神经兴奋,内脏血管收缩,肌肉充血。肌肉运动中产生的热又由植物神经通过皮肤腠理的开放与排汗来调节,而内脏血管的收缩则是植物神经的自调工作并与体神经

相适应。

内脏植物神经这种自主调节作用通过反射、传导、反馈来实现。脉象包含在脉管中，全身任何外周动脉上都可出现脉象。寸口脉仅是桡动脉血管一段较裸露的脉道，它同内脏一样受到植物神经的支配与调节。植物神经的网络遍布全身，各组织又借交通支广泛联系。内脏某部位的持续性病变，刺激支配该部的神经或植物神经持续释放与传导某些化学物质时，其刺激的量与疾病的病种及范围有一定关系。组织部件大、受侵害范围大、病重，则机体相应的改变也大。组织部件小、受侵害范围小，则机体的相应改变也小。早期病变在局部相对异于全身，而在寸口脉上也会出现异于全身的脉象。这就是脉晕点脉象。如果病变持续、广泛并影响到全身，则出现整体脉象的改变；也就是传统脉象的出现。古人总结的 28 脉就是整体脉象的 28 个范例。例如上呼吸道感染，就是综合炎症表现。它包括人的头、眼、鼻、口腔、咽部、气管的广泛性炎症，其相对应的脉象改变是寸脉的数、浮、滑等。若上感加重或继发细菌感染，则出现全身症状。脉象也再现整体的改变，如寸口的浮、滑、沉等。又如前列腺炎与增生，则神经末梢被压迫及刺激，导致局灶性传导，在尺脉的远端可以感应到明显的脉感。它的脉晕若绿豆大小，在沉位或浮位搏手，并异于寸口脉。若前列腺炎症进一步发展与扩散则影响到全身，将会出现寸口脉的整体改变。

实践证明，寸口脉是人体由内到外，由上到下各组织器官脉气的叠合体。这一叠合体是一圆柱形，候脉就是在这一圆柱体内寻找它的独异及整个脉体的变化。病脉产

生的基础主要是脏器及人体机能状态的改变并通过植物神经的自主性传感而获得。在内脏植物神经的节段以寸、关、尺三部的分配为依据,在寸口脉的独异上(脉晕点的出现)是植物神经的局灶性传导的知觉和疾病组织、器官与心血管搏动势能的不协调。

(三)气血的势能

气血是人体的生命现象,通过候脉可以感应与判断它的表现态势。气血存在形式是什么?古今已有大量的研究。

气血是一种物质性和功能性的合体。它们相互作用与协调并维持人体的正常机能。

血管内的血流,在心脏的鼓动下,川流不息、循环往复。心脏在动脉及静脉间扮演了水泵的角色。心脏的功能及血管的弹力为气。血管内的血流为血。心脏为动脉加压。血管本身也存在弹性回缩力,在二力的作用下,血压维持在一定的水平。血流也自血管的心端射向外周。正所谓"气为血之帅,气行则血行"。人体的器官都在无时无刻地分流血液借以完成自身的新陈代谢。它们在分流血液的同时对血流也产生一定的阻力。这种阻力与血压相匹配及顺应,我们把这一过程称为共振。这种共振就是一种正常的气血现象。是有机体经过漫长的进化而获得。人体这种共振从胚胎发育开始到性的成熟才能完成。只有在这种共振条件下,组织、器官才能得到最充分的血液供应,人体或脏器的气血才能旺盛,在脉象上的表现是平脉。如果组织器官发生了病变,这一病变改变了组织器官的血管形态,心搏时脏器的血管收缩和开放与心搏状态

不相协调(例如:心脏收缩时,脏器的血管不能有效地开放,甚至闭合。此时寸口脉的前端会出现膨大的脉晕点。若开放过度则会出现脉的滑动)。这种不协调的脉象形式在寸口脉上以脉晕的形式出现。

人从产生心动的那一刻,各脏器形成的初始阶段,这种共振就在逐渐地形成,它们彼此协调形成正常的气血现象。由于人体各系统的功能不一,各器官的质地、形态、大小、部位都各不一样,它们产生的气血现象或共振力也有差异,这也是疾病状态下病脉产生的基础。例如寸口脉某部独异的脉象。肺是泡沫样囊性器官,分流血液的阻力相对不大,产生的共振力相对较小、较轻,疾病状态下其寸口脉上常可候及寸脉浮的脉感。而当疾病严重,肺部淤血、脓疡、纤维化、肿瘤等使肺组织实变时,它的脉感转沉或浮力搏指或脉实等脉象,常出现右寸脉独异现象。传统医学认为的右寸候肺、左寸候心是有一定道理的,它的道理就在于人体左胸以心为主以左肺为次,右胸即右肺。肝脏是实质性脏器,体积大、位置深,疾病的早期,如炎症的早期其组织充血,右关脉沉位可感应出这种改变了的脉感。而当疾病加重、肿瘤、硬化,除了右关脉沉位出现较大的脉晕点以外,寸口脉象还会有整体变化,脉弦如新弓、如刀刃等。

须知正常情况下,寸口脉诸部皆无脉象,只有疾病状态下脉象才可出现。而正常脉象的维持必须是全身各脏器的气血正常。血液流变学的协调与顺应,彼此共振,达到一定动态平衡,在这种气血平衡与协调状态下,我们在脉管壁上是没有脉象可摸及的。在另一方面脉象是诸多

脏器的脉气叠合体。如右关脉,它是右乳房、肝、胆、右肾及肾上腺、胰腺的脉气堆叠而成,在右关部如果某脏器出现了疾病,它们间的平衡将被打破,病脉始现。实践证明:实质性脏器体积大,质地重、位置深的脏器在疾病状态下的脉象强而有力,沉而闷劲。而空腔脏器,疾病状态下它们的脉象浮而轻飘,只有在炎症、实变、占位等疾病状态下向实质性脏器的脉象转化。小的实质性脏器、肿瘤的脉象早期多呈火柴头样搏指。如小的实质性器官发生了炎症,则呈漂浮的米粒状在指下跳动。肌肉、神经、筋膜疾病的脉象应手如线、呈管外加边的脉感。男人的肩宽、胸肌发达、心肺功能强,因而寸脉强。患乳腺增生疾病的女性,其关脉浮强。月经期女性又有其特异的脉象:左寸及右尺脉强而滑动,甚至右关脉也强而滑动。这是因为经前期女性心动加快、心搏血量增加、子宫血流加速、血管扩张。同时,肝脏灭活激素的工作力度及代谢加强、门静脉回流增加。而人体左尺脉弱于右尺脉,其原因是人体肠管的气血左右有明显的差别,结肠左曲以上的肠管、血管、神经都以右势为强,肠道血的回流也是右势。

人体的血供形成三种态势,即:主动脉分支系、腹腔动脉系、髂动脉系。而寸口脉也成三种脉势,即:寸、关、尺。人体内脏的血供特别是门静脉回流于肝脏造成右大于左的态势,而右关尺脉势大于左关尺脉,这也说明脉象的实质是脏器血供状态及神经分属的缩影。临床中,当脾肿大时左关脉脉气增强,常是黄豆样脉晕点搏指。当脾切除术后,左关脉气立即减弱甚至无脉。这均说明这一道理。有血供的地方就有神经的分布,神经分布的态势也是呈区域

性的集中,这种集中分布与血供分布基本一致。如此,我们得出结论:所谓脉象,其实就是人体血供与神经乃至人体的即时功能状态。当肾脏疾病时,肾上腺素代谢的功能降低,导致血管的强烈收缩,以至于出现弦脉。甲状腺机能亢进时,心率加快,出现数脉;甲状腺机能减退时,心率缓慢,出现脉缓、脉迟。心脏窦房结病变、心肌病变均可导致心率和心律的异常,而出现脉象的结、促、代等。这又说明脉象的产生与存在都受到机体九大系统的影响。

(四)信息的互联

在产生生命的瞬间直至其结束,身体各部组织无不保持其遗传基因及有生以来的信息内含。现代科技可以用羊耳的上皮细胞克隆出与供体一样的"多利"羊来。可见人体单细胞亦囊括生命的所有信息。可以这样说:"人体细胞就是人体生命的缩影。"中医经过上下几千年的探索,发现人体从头到足,诸如面部、鼻、眼、舌、手、足、指甲皆存在人体脏器的信息。

人体各组织、细胞、器官间都有极其广泛的内在联系。其中神经的、体液的、内分泌的、细胞与细胞间、细胞膜的内外膜电位间的传导,低级神经元与中枢神经间化学物质的传递与反馈,血液与淋巴网络的遍布,中医阐述的十二经络、奇经八脉的互联及近代医学认为的针灸反射学说[6]等,如同互联网一样四通八达,相互交织,相互制约,牵一发而动全身,见一叶而知秋色。正常情况下,寸口脉好似信息平台,某器官发生了病变,如同信息终端发生了障碍,疾病的脉象显露。而有经验的中医师就可通过寸口脉这一天然的信息窗口,接收到疾病器官的"伊妹儿"。

（五）脉全息

李莱田教授在《全息医学大全》[7]中用全息论述了脉全息，我们也通过多年的临床脉象研究发现了脉中的脉人。这一发现是对李莱田教授脉全息内容的补充及扩展。

这是因为脉人是该人的缩影，它从身材到体质，从情绪到内含基本与其人相一致。所谓的候脉，就是摸脉人。

就脏器来说，人手也是一器官。它同全身器官一样都存在着动脉供血、静脉回流。桡动脉进入腕关节后与其他脏器的供血形式一样出现级级分支，最终完成对该器官的血液供应。触摸腕部桡动脉一定能够了解手部的供血情况。譬如，桡动脉虚、细、弱、濡、沉、微则表示手部的血供不足，同理全身脏器的气血也在出现异常。这是候脉知病的秘密所在。

手腕部皮肤薄的人，肚皮不会太厚。手腕细的人不会很胖。感知脉象便能了解全身气血情况，它提示医生候脉不单纯是摸血管，而应该把手腕部组织躯干化，腕部皮肤对应腹壁，脉管的脉位对应脏器的脉位，手腕与躯干对应，脉与人对应，多方思维，把脉象人性化比拟。

当然病脉的产生并非上述一种量的改变，疾病是错综复杂的过程。当全身或局部患病，体内植物神经的自主性传感、脏器的血流改变、脉全息的、血液及血管壁的、血液质与量的、内分泌物的、细胞膜电位的、心脏的等诸多因素异常并产生了某种合力，它们共同完成对正常脉象的突破，病脉始出现。同时，候脉不只是手摸血管就能说出病来，它需要临床医生丰富的医学知识及临床经验，而掌握一种好的方法则是通达于目标的捷径。

根据全息理论，结合对脉象学的体会，现把人全息与寸口脉象的对应关系列表，为同道提供临床参考。

人体器官是由各种功能协同的细胞组合而成，排除次要因素，它们的功能代谢都完全依赖于神经及血供的支持。在形态学方面，神经与血管也是脏器的最重要组织形态。将人体等同于桡动脉脉搏的长短，则人体各脏器也仅是一枚小点而已，这一小点在脉诊中就是脉晕点。

表4 人体全息与寸口脉象的对应关系表

	寸	关	尺
人体	头、颈、胸	中腹部	脐以下及下肢
心脏收缩模式	收缩早期	收缩中期	收缩后期
对应的血循环	主动脉分支	腹腔动脉分支	髂动脉分支

脉晕点的体积与脏器的体积相对应。脉位与脏器的位置、脉晕点在寸口脉的位置与人体脏器在机体的位置相吻合。

运动系统在机体的外表，它的组织学形态是肌肉、神经、血管等，其形态特点是条索样，其脉象是显示在脉道边的边脉。人体躯体表面软组织病变的部位与边脉在脉道上的分布呈现相对应的态势。

常人一般没有病脉，也不会出现脉晕点。脉象中出现了病脉或脉晕点，一定是亚健康状态或有疾病。根据脉象的性质辨别人体的状态，根据脉晕点的寸口位置，寻找人体对应的疾病状态下的脏器，这就是现代脉学候脉知病的秘密所在。

八、正常脉象

就诊的病人中很少脉象正常，健康人可有病脉，疾病的人可脉象正常。这说明万事万物不是绝无变数，因人而异、因时而异，顺应人的生理及自然规律才能真正掌握脉诊。

事实上，脉象是不断变化的量，临床候脉一般每百人总有几位病人不适应用脉象诊断疾病。

具有胃气、有神、有根的脉象为正常脉象。虽有疾病但不影响生命。少有胃气、无神、无根的脉象为病脉，无救治希望的脉象称死脉。

脉象有胃、神、根是历代医家无不关注的脉象要素。程仲龄[8]强调说："脉有要诀，胃、神、根三字而已。"所谓胃、神、根从现代医学的角度来说，主要是指机体的机能状态、正气如何，是否是脏器的器质性损坏或功能性暂时受罹。具有胃、神、根的脉象是机体抵抗力高、机能状态佳、正气尚旺盛的象征。少有胃、神、根的脉象可能是脏器的非器质性病变，应称病脉，它包含功能性病变。器质性损害性疾病的脉象，应称死脉。

古人在病脉与死脉之间没有界定什么区别。我们把功能性损害而出现的少有胃、神、根的脉象称为异常脉象，即病脉。人有病不等于就死。把器质性损害，无胃、神、根的脉象称为死脉，一般指无救治希望的疾病。

胃气之脉:“胃”又称胃气,为人的后天之本,气血生化之源。民以食为天,人没有了正常饮食是不会有好身体的。少有胃气的脉象也说明机体系疾病状态。《素问·平人气象论》指出:“人以水谷为本,故人绝水谷则死,脉无胃气亦死。”说明人的脉象必须有胃气,有胃气的脉则代表人的胃肠运化功能良好,气血旺盛,营养状态佳,就是小有疾病也无大碍。反之,则处于疾病状态,甚至是病情危重。

什么脉象为正常呢?综合历代脉学家及著作的经验,我们认为:

——没有脉位的改变(浮、洪、濡、散、芤、革、浊、实或沉、伏、牢、弱),取中位为正常。

——没有脉象频率的异常(数、疾、促、动或迟、涩、结、迟缓),取每息4~5至为正常。

——没有脉象节律的,参差不齐(促、代、奇、潮、十怪脉等),取节律一致为正常。

——没有脉势的过极(虚、微、细、散、代、短或弦、洪、紧、革、实、长、滑),取清虚为正常。

——没有脉管粗细的不同(洪、实、浊或濡、细、弱),取中等(3~4毫米)为正常。

——没有脉象长短的变化(长、实、牢或短、动),按人体身高的协调性比例(1:35),一般拟在4~5厘米左右的长度。

——没有脉道紧张度的异常(弦、紧、革或虚、濡、弱、微),取脉道紧张度适中为正常。

——没有脉象流利度的异常(滑或涩、浊),取其适中为优,或以清虚为妙。

——病脉中不失脉根，四时兼象脉中的不偏极也可以认为是正脉象的范畴。

——没有寸口的独异(脉晕点或两寸口的差异及边脉的出现)，取脉口的平均，双寸口无明显差异为妙。

戴起宗关于胃气曰："意思欣欣，难以名状。"其意是说，具有胃气之脉有时是笔墨难以描述的。健康无病之人的脉象自有胃气，疾病之人其脉胃气自当减少，危重病人自然是没了胃气，而死人定是无脉。近代研究从脉象构成的因素上对胃气之脉加以剖析，为其指感特征以及表述都拓宽了视野。清朝人周学海在《脉学简摩》中言："人之禀赋各有不同，而脉应之，如气血盛则脉盛，血气衰则脉衰。血气热则脉数，血气寒则脉迟。血气微则脉微，血气平则脉和。人长脉长，短人脉短。性急人脉急，性缓人脉缓。肥人脉沉，瘦人脉浮，寡妇室女脉濡弱，婴儿稚子脉滑数，老人脉弱，壮人脉强，男子寸强尺弱，女子尺强寸弱。又有六脉细小同等，谓之六阴；洪大等同，谓之六阳。至于酒后脉数大，饭后脉洪缓，久饥脉空，远行脉疾，临诊者皆须详察。"

脉位上应不浮不沉，在脉率上应不快不慢、从容和缓。在脉的节律上，脉来应有规律，也不能出现节律伴脉力的不等。在脉管的粗细上不能过宽过细，脉宽要适中，如芤脉宽大而中空，濡脉浮起而柔细均是少有胃气之脉。脉势及脉力应均等，不能过强过弱。脉管的紧张度过紧或过于松弛，如弦、紧、革、牢脉为脉管壁的痉挛。脉管过于松弛见散、微、虚、濡、缓、弱脉。脉来应指流畅度发生了异常，也是少有胃气之脉。如滑、动二脉是过于流畅，而流畅度差的脉象如涩脉、浊脉。出现脉晕点的脉象及双手脉象的

不均等也是病脉。

同时,胃气过旺也是无胃气之脉,这是脉的太过。例如:高血脂的浊脉,糖尿病、痛风的脉晕点脉象等,是过于饮食等原因而出现疾病的脉象。以古人对脉象胃气的认识,浊脉脉象最符合传统脉象"胃气"的要求,但从现代脉象学的要求来说,浊脉仍是病脉。脉管上有许多不均衡的脉晕,它提示人体相应脏器出现疾病,二手脉道有明显的差异也提示为病脉,脉上有边也是病脉。总之脉象必须均衡清虚,方为正常。

必须强调的是:脉象小有偏差,不能以无胃气相论。人体有一定的代偿力,不能稍有疾病就以死而论。若严格地把35脉均以无胃气而论,那是没有脉学道理的,也是荒唐的。临床上常常遇到一种现象,病人没有异常感觉但有病脉,这并非是脉诊学的不科学,而是人体机体无时无刻不在修复自己,一有不适则人的代偿功能即被启动,短时间内机体不会出现大的异常。而脉象则能迅速检测机体内部情况的变化,机体小有异常,脉象立即出现相应改变,脉象先行于病。例如,风脉可先行于脑中风数月至两年,病人可无任何主观感觉。正常人偶患风寒,脉象浮数。一天不吃饭,脉力减弱。知识分子寸脉浮、尺脉沉。女人月经期脉象滑数等。此时的脉象不能以无胃气论。脉虽稍有偏差,但从容和缓,胃、神、根自在。另外,胃气之脉在一年四季中也有季节的改变;春弦、夏洪、秋毛、冬石,这仍然不失胃、神、根。

有根之脉是何指感呢?根:顾名思义,是根茎之意,树无根则死,人脉无根则病。《难经》曰:"上部无脉、下部有

脉，虽困无能为害。无脉之有根，犹树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生。”根寓意人之正气、人之气血旺盛。正气是生命之根，也是脉根。研究证明：尺脉的脉压与人体的血压（肘动脉压）接近。人体没有了血压，生命一定垂危。从脉学的角度来说，《难经》此语也有不妥，上部无脉即寸部无脉，寸脉主人之头胸，人无头胸哪有生命。当然《难经》此语的上部无脉是指寸脉的沉、弱、细、虚等脉气的变化，绝非为寸部无脉。事实上，寸脉的脉压也寓意脏器的血液灌注量即微循环血量，对于脏器来说一个也不能少。尺部有脉，关寸二部也会有脉，只是强弱、粗细、浮沉的差别而已。因为尺脉是血的来处，寸脉是血的去处，有来处也有去处，无去处也无来处。

寻脉根时应先按寸、关二部，无名指感应尺脉（左手候脉法），尺脉尚有力为有根之脉，它的现代医学原理是血压有没有下降。也可沉取尺脉，尺脉如尚有力而从容和缓，谓有根之脉。尺脉又寓意人的先天，中医称之为肾气。肾气为先天之本，有了先天之本，生命才可升华。《脉诀》曰：“寸口虽无，尺犹不绝，如此之流，何忧陨灭。”若脉无根，则肾气已败，病情危笃。从现代脉学的角度认识脉根：脉根应当指人的血压。沉触寸关尺，不管哪部尚有力即为有脉根。尺脉有力的“力”一定是无过极的力，一定是和缓之力，否则仍然是病脉。

“神”是指有胃气的脉。《灵枢·平人绝谷篇》曰：“故神者，水谷之精气也。”水谷之精气，是指胃气。“补土派”的代表人物李杲曰[9]：“脉中有力，即有神矣。”当然这种力并不是病脉的力，而是和缓从容之力。即如李杲所曰：

“无病之脉，不求其神，而神无不在也。”中医认为心主血而藏神，只有气血充盈，心神健旺，百脉从容和缓，脉象方为有神。有神之脉忌太过、讳太极，按之脉力适中。脉象中只要脉力从容和缓就是尚有脉神，太素脉的清脉应是脉神的标准，也是正常脉象的标准。

在正常脉象的陈述中，我们多次讲到脉的清虚，此语出自《太素脉法》[10]。清代医家张璐对太素脉法有相当的研究，他认为：“清脉者轻清缓滑，流利有神，似小弱而非微细之形，不似虚脉之不胜寻按，微脉之软弱依稀，缓脉之阿阿迟纵，弱脉之沉细软弱也。清为气血平调之候，经云：受气者清。平人脉清虚和缓，生无险阻之虞……”古代研究清脉是出于占卜的需要，但清脉应是正常脉的标准。

总之，人体的胃、神、根是三位一体、互为因果的。首先必有胃气，有了胃气脉才能有根。脉有胃气、有根则必有神。神是正常脉象的标志。临床上，人有神，脉才能有神；人已无神，脉神何来。脉已见死，人则多生命垂危。

另外，脉象的胃、神、根，在男、女、小儿之间也有一定区别。《四诊抉微》[11]中说：“诊男者先左，诊妇者先右，男以气成胎则气为之主，妇挟血成胎则以血为主。男子病右脉充于左者，为胃气也，病虽重可治，反此者虚之甚也。”根据古训，男病人右脉充盈和缓从容为有胃气。临床上虽然男病人出现了危重病情，但只要右脉充盈，不失胃、神、根，可视为有治。女病人以左脉充盈和缓为有胃气。虽然女病人病情危重，但只要左脉有胃气，也应视为有治。男病人右脉、女病人左脉失去了胃气，则视之为病情危重。当然这只是古人的视脉识病经验。对于今人来说，判断人

的生死是有严格的理化指标可供参考的，更何况现代医院ICU的条件又那么先进。当然男右女左的气血变化也是理化指标变化在寸口脉上的反映，在一定程度上借鉴古人的经验是有裨益于临床的。女子在妊娠时观察左寸脉、右尺脉有特殊临床意义（见后章）。一般男子以体力劳动为多，心肺的功能非常重要。观察右手可衡量男人的肺活量与食量。其脉正常，其人肺活量必正常，饮食也正常；其脉细、弱、虚等，肺功能多不正常，饮食也下降。临床上肺源性心脏病患者右寸脉多不正常。

小儿的脉多是寸脉突起，尺脉沉弱、脉数，短于成人。这是小儿生理发育所特有的脉象，不应以病脉论。这是因为小儿的神经系统发育较快，身体的发育顺序为头、胸、腹、下肢，因此脉象出现寸脉为大，其次为关、尺的现象。老人的脉象特点也是寸脉的凸起、尺脉的减弱，而老人的衰退首先从下肢、肠道开始。

正常脉象到底是什么样的呢？难以言状，现拟定一个模式如下：

——健康人（以身高1.75米计）。

——体重70千克。

——脉长舒容三指。

——脉粗4毫米左右。

——脉感清虚。

——没有九大脉素的改变。

事实上，将脉象规定在一种模式的做法是不妥的。脉求胃气，求神韵。有之则为正常范围，无之则属病脉，人也在疾病状态。

九、构成脉象的因素

清代医学家周学海在《脉简补义·诊法直解》[12]中说:"盖求明脉理者,须将位、数、形、势四字讲的真切。便于百脉无所不赅,不必立二十八脉可也。"他告诫人们,观脉重在明确脉理,应以不同的角度观察与研究脉象,不必刻板于模式。近代医学研究认为:构成脉象的主要因素为八个方面:其一,对脉位的研究,多是指脉管在腕部的深浅位置的变化,借此可以判断与了解病情的轻重,对疾病的预后具有一定意义。其二,对脉率的研究,了解心脏跳动的次数及人体代谢的快慢,甚至通过该项研究辨别脉性之寒热。其三,对脉象强弱的研究,并通过对脉力强弱的感知了解人体体质、体力、病程及疾病病势的强弱等。其四,研究脉象及脉管的粗细,来了解病人的气血状态、脉路的宽窄、组织的供血、脉性的阴阳等改变。其五,通过研究脉象的长短也可了解人体气血状态,用于脉象的虚实辨证。其六,脉的节律,借以了解心脏的搏动节律。对于研究心脏的传导、心脏乃至心肌的病变等有重要意义。其七,通过对脉管紧张度的研究,来了解心血管的功能状态,脉管口径的改变及脉管管壁的硬化程度等。其八,流利度,对脉象流利程度的研究,即指血流的流速及流畅度。通过上述脉象的八个不同角度,争取较全面地了解人体气血及其功能状态。如果要全面地研究脉象,观脉还应该强调:第

一，血液质的不同，指血液成分的改变。第二，脉晕点的出现与否以及脉晕点间、脉晕点与脉象之间存在的辨证关系。第三，跨越上述脉素之外的神经系统脉象的研究，如风脉、边脉等，可望全面了解脉象。

——脉象的浮、沉变化，并通过对脉象浮、沉的研究，辨证疾病的病势轻重，时间的长短，预后的佳与不良。并提示不浮不沉之脉为正常脉。在27脉中，脉位居浮位的有：浮脉、洪脉、濡脉、芤脉、革脉等。居沉位的脉象有：沉脉、伏脉、牢脉、弱脉等。绝大部分人的左尺脉弱于右尺脉，特别是女性。40岁后大多数人尺脉偏沉，这也应属正常脉象。一般情况下，寸脉的沉、关脉的沉、尺脉的浮多见病脉。必须指出的是，所谓脉位仅只是腕部软组织及其脉道的充盈情况，并不是脉道发生了解剖学意义上的改变。详见脉位表：

表5　脉位表

<table>
<tr><td>浮位——浮虚散濡芤革</td><td rowspan="3">实洪浊</td><td rowspan="3">大脉类</td></tr>
<tr><td>中位——迟缓数潮风滑涩击奇细微弦紧漾代结促动长短边</td></tr>
<tr><td>沉——沉牢伏弱</td></tr>
</table>

——心跳的频率。正常人一息4～5至。快于5至、少于4～5均为病脉。在脉象中，快于5至的脉象有：数脉、促脉、疾脉、动脉等。少于4至的脉象有：迟脉、迟缓脉、涩脉、结脉等。一般体格健壮的年轻人及中年人脉象稍缓，例如运动员、体力劳动者等。而女性，特别是女性在月经期和妊娠期脉象可滑数。小儿脉象多数。这均为正常生理状态。脉率也常受到季节、环境、心理、情感等多方

面的影响，候脉时应加注意。

——节律。节律是指脉搏跳动的规律性，它应当包括两种概念：一是节律不齐，例如促脉、结脉、代脉；二是节律、脉力、形态的不同，例如涩脉、散脉、奇脉、潮脉、代脉及十怪脉和脉晕点脉象。个别情况下，由于情绪紧张、恐惧过度也会出现脉跳的加速，不应视其为病脉。有时青年人在呼吸时出现个别的早搏或呼气时脉的搏动减弱、吸气时脉的搏增强也应属正常的生理差异，不应视为病脉。

——脉管的粗细。脉管的应指宽度。平脉应指不宽不细。脉应指宽大是病脉，例如洪脉、实脉、浊脉等。反之应指细小之脉也是病脉，如濡脉、微脉、弱脉、细脉等。一般体力劳动者、体格健壮者、个头大者，脉象多应宽大。而脑力劳动或女性、小个和小儿，脉象多偏细。若劳动人脉细，则其人必定四肢无力；文人脉粗，则多见血脂的增高。诊脉不应形而上学，要因人而异。

——脉势。脉搏应指的强弱，应指有力、无力皆为病脉。例如实脉、洪脉、长脉、浊脉、弦脉、紧脉、动脉应指有力。而濡脉、弱脉、漾脉、微脉应指无力而软。应指浮大中空、无根和应指有力脉势强、应指无力脉势弱也是病脉。如虚脉、散脉、芤脉、革脉或实脉、虚脉等。一般体力劳动者、体育工作者、身高体壮的人脉多有力而实。脑力劳动者、妇女、儿童脉势多偏弱。儿童脉象的最大特点是寸脉大，尺脉沉而脉数。

——脉的长短。脉体的长度或长或短。如果是平脉，应当寸、关、尺三部皆有脉。脉体过长者为脉长，例如弦脉、长脉、牢脉、洪脉、实脉（浊脉也有脉长的特征）。脉短

者为不及寸尺。或寸短,或尺短,或寸、尺均短。正常情况下个头大则脉长,个头小或女性脉多偏短,此短亦应二分。

——脉的紧张度(指脉道的舒缩状态或管壁的弹性)。脉的紧张度过高过低均是病脉。紧张度过高的脉:如弦脉、紧脉、牢脉、革脉、边脉,也往往是脉管的痉挛及脉管管壁的硬化等。脉管张力过于弛缓:如散脉、微脉、虚脉、濡脉、弱脉等也都是病脉。

——流利度。脉流应指的流畅程度。过于流畅,如滑脉、动脉、洪脉等,脉失流畅如涩脉、浊脉等均属病脉。浊脉是血液有形成分的改变,使血液流利度发生变化,微血管通过受阻而出现的特异脉象。血液黏稠度的增加,多伴有红细胞的增多,血浆脂蛋白的增多或缺水、缺氧,而出现脉位、管径、脉力的改变。这是现代人高血脂的特异脉象。劳动人的脉形宽大洪盛,脉动增强,腾涌满指,是《太素》脉法中的浊脉与本书浊脉不同。严格说来,浊脉属于脉象流利度异常的单因素。

——脉晕点。脉上出现脉晕点是脉的不均衡现象。其中有脉位、脉势、脉宽、脉力等综合改变。例如,动脉就是典型的脉晕点脉象。脉晕点的出现往往是多枚互动,常常是二枚及二枚以上形成共振关系。脉晕点多伴行于病脉的产生,有时多枚病脉点与多种病脉同时出现在脉口,形成复杂的共振关系。研究脉晕点脉象有助于引导脉象学趋向于一病一脉的新的脉学理念。

——通过对风脉、边脉、潮脉、奇脉、漾脉、击脉、十怪脉等脉的研究,使临床候脉相渐互动于现代医学科技,在传统脉象学的基础上拨开束缚,拓展思维空间,促进脉象

学的现代化。风脉、边脉、潮脉、奇脉、击脉、漾脉的存在也告诉医务工作者:脉象要素的组成随时随地制约于神经与心血管系统的功能状态。

十、脉象的差异

生活中正常人多于有病人，在临床工作中异常脉象多于正常脉象。这种差异，使我们质疑脉象学。事实上，脉象与机体的机能状态、生理变化和环境的改变、季节的更易、体位的不同等因素有广泛的内外联系。一方面我们肯定脉象在诊断疾病过程中的准确性及重要性。但另一方面不可否认的是，脉象在诊病过程中存在着这样与那样的差异。古人在脉象研究中，提出了“顺逆从舍、四时兼象”等重要理论，时至今日仍然是判断与研究脉象的重要工具和解决脉象差异的有效方法。如果把正常脉象规定在胃、神、根的范畴，那么稍偏离这一轨道应视为基本正常，偏离过远则为病脉、死脉。只有客观地理解脉象，方能真正地知脉懂脉。

在脉象的阴阳分类中，阳性脉的过极、太过，阴性脉的不及为病脉或死脉。而阴性及阳性脉中存在胃、神、根的脉象为异常脉象，即病脉。脉象中浮、洪、芤、革、数、滑、动、促、疾、实、紧、弦、长、浊、边、古、风脉等脉的寸脉过极和太过，多是危重脉象。而阴性脉的不及和太过，例如虚、短、弱、代、迟、结、沉、漾、奇、潮、风脉的关尺脉等，多见于重要脏器的严重缺血、凝血或功能受损。就脉位来说，如果把人的正常脉象规定以水平面为正常的话，在水平面上或在水平面下均为不正常。

（一）阳性脉不可太过和过极

——浮脉：脑力劳动者寸脉多浮。神经衰弱的早期寸脉多浮。妇女，左寸、右尺脉多浮滑。一般疾病的早期脉象多浮，疾病的恢复期其脉多浮滑。若浮脉出现了浮而有力或浮而无力，则病人的病情多见危重，此为浮脉太过或不及。

——洪脉：正常情况下，健康老人尺部脉洪，正常人饮酒后脉洪，夏日在阳光下活动脉洪，这是正常生理现象，不能以病脉、死脉论之。而脉洪有力，涛涛似洪水四溢，则有内热、血涌，有邪盛之危。若久病而脉洪有力或新病脉洪无力皆为正气衰竭而出现危象。

——芤脉：芤脉主血少，多见于失血。但该脉在高血压病人用降压药过量、血淤病、营养不良性贫血、再障性贫血、高热导致的体液消耗、剧烈呕吐、泻泄、大汗或慢性消耗性疾病的体液不足等情况下，均可出现芤脉。

——革脉：该脉为弦急而中空，轻取弦急的脉势。主失血、失精、半产、漏下之重症脉象。但临床中也偶见于肋间神经痛、腰酸痛、遗精、早泄、食欲减退、消化不良等疾病，不应全以危重脉象的角度审视之。

——数脉：主虚、主热。如见数而有力或无力而数，均为危重脉象。临床上也见于咽炎、喉炎、声带炎、鼻炎、鼻窦炎、鼻衄、结肠炎、贫血、神经衰弱、浅表性胃炎、神经衰弱性失眠、维生素 B_1 缺乏症、脚气感染、前列腺炎、老年性骨质疏松症、女性内分泌失调、坏血病、癔病、大脑皮层功能紊乱、过度消瘦、骨蒸、过度疲劳、精神紧张、植物神经功能紊乱、长期低热、慢性消耗性疾病以及药物或酒烟无度

的情况下等皆会出现脉数。但此脉之数，大多数情况下，不失其胃、神、根，不应以死脉统观数脉。一般来说，滑数、洪数、实数、风数等为数脉的太过。虚数、芤数、细数、濡数等为数脉的不及。

——滑脉：主实热、痰饮、宿食。若脉滑有力则为滑实脉，多见于各种心脏疾病、糖尿病、甲亢及各种胃肠肿瘤等重病。脉见滑击应预防脑中风。脉滑无力、脉虚而滑，多见于呼吸疾病、心脏病、妊娠流产、先兆子痫、宫外妊娠等重病。而滑脉中存在胃、神、根者多为营卫冲和的正常脉象。女性在月经前期、中期、后期、排卵期及午休后多有滑脉。这是正常的生理现象。

滑脉还见于消化不良、胃神经官能症、浅表性胃炎、神经性呕吐、眩晕症、胃肠型感冒、肋间神经痛、食道痉挛及女子内分泌失调、神经衰弱、盆腔炎、附件炎、外阴炎、子宫内膜炎以及慢性咽炎、中耳炎、咽鼓管炎、鼓膜增厚、骨迷路炎、晕车晕船、上呼吸道感染、低血糖等。一般此等病情多无生命危险，脉虽滑但不失胃、神、根，不应以死脉称之。

——动脉：主痛与惊，为气血冲动所致。若动而有力或尺部无根，则见于重患，如脑血管疾病、血液病、结缔组织病、结核病、肿瘤、肝硬化、妇科出血等。若动脉不失胃神根，则不应以病脉、死脉论。例如植物神经紊乱（中医阴虚自汗）、阴虚阳亢之遗精、性欲亢进等。临床上还见于腰肌劳损、骨质增生、神经性呕吐、神经衰弱、精囊炎、前列腺炎、月经不规则等疾病。

——促脉：主实热、元气虚衰，痰饮，宿食等。若促洪有力多见于流行性传染性疾病、重症感染、癌症后期、精神

分裂症等重患。若促而动,多见于脑血栓形成、脑缺氧、外周循环衰竭、中毒性心肌炎等重病,多为死脉之属。而促脉中尚存胃、神、根者,例如嗳腐反酸、腹痛腹泻、慢性咽炎、癔病、更年期综合征、风湿、尿路感染、维生素缺乏症、胃炎、溃疡、息肉、前列腺增生等也可有促脉,不应以死脉论之。

——实脉:三部脉宽大而长,为正邪之气皆盛。若实而弦力,多见于危重疾病。例如各种严重感染、菌血症、白血病、破伤风、脑膜炎、菌痢、脑炎、脑性疟疾、内脏肿瘤及传染性疾病如猩红热、斑疹伤寒、流行性出血热、肺炎等。实脉中若尚存胃、神、根者如口舌生疮、心热烦躁、咽喉肿瘤、各种口炎、口腔溃疡、头痛头晕、大便秘结、小便赤涩、下肢肿痛、咳嗽胸闷、经闭、白带增多等症候,多为异常脉范畴。

——紧脉:主实寒、剧痛、宿食。其脉绷急弹手,来往有力。临床见于破伤风、癫痫病、哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、胸膜炎、生殖系结核、风湿病等。而不失胃、神、根之紧脉,多见于头痛、胸闷、腹痛、肋胀、小便不利、男女不孕症、上呼吸道感染、流感、胃炎、胃神经官能症等。

——弦脉:脉直弹手,如按琴弦。若劲急如新弓、如刀刃则为死脉。病见肝胆系统疾病,如肝硬化腹水、肝癌、慢性肝病和内脏肿瘤、恶性疟疾、先兆流产、子宫出血、异位妊娠、血液疾病、高血压疾病、甲亢等重病。若脉弦而缓多是胃气之脉或见于春暖之日。多见于贫血性头痛、癔病、偏头痛、盗汗、神经衰弱、胃炎、小儿维生素 D 缺乏症、不孕症等。乳汁缺乏症、内分泌失调、甲状腺肿、肾上腺皮质

功能不全、肋间神经痛等也常见弦脉，但此脉弦而缓，不失胃、神、根。

——长脉：主实热。若脉长而有力者为邪热，临床上肝病、胆及胆道感染、高血压病、脑血管病、感染性疾病的中后期和部分精神分裂症，血液病如白血病，多有此脉。脉长而缓且四时兼象，则为平脉。咽炎、身体虚弱、自汗、神经官能症等，虽脉可长但不失胃、神、根。

——风脉：若见寸脉的增强，多见脑部血管的梗阻、出血、炎症、肿瘤、静脉的淤血等。若寸脉的脉晕点脉力过强，则疾病多见危重。

（二）阴性脉不得不足与不及

阴性脉中，虚、短、弱、微、代、迟、结、沉、风脉的关尺脉，不得不足与不及。不足和不及，将失胃、神、根，而危及生命。

——虚脉：主气血二虚。脉宽大浮软，按之空虚。若该脉过虚无力则失去胃、神、根。例如晚期肿瘤的慢性耗竭、慢性胃肠疾病导致的消化吸收障碍、慢性炎性疾病及寄生虫的侵害、肺萎缩、肺不张、心脏供血不良、风湿性心脏病、冠心病、营养不良及贫血性心脏病、慢性失血、胎盘残留、肝及胰腺的慢性炎症等均有危及生命的危险。脉象上多可呈现太过的虚脉。若虚脉中存有胃、神、根，多为有治之病症，例如某些脏器或人体机能的下降、免疫力的减低、部分贫血、纳差、无力、失眠、多梦、神经衰弱、慢性胃肠疾病、月经失调、骨关节疾病、肌纤维病变、神经炎、筋膜炎等均可经过治疗而康复。

——短脉：脉体短缩不满三指所部，主气郁气虚。若

脉短有力则气郁,无力则气虚。临床上再生障碍性贫血、肿瘤、脓疡、慢性肝胆疾病、脑血管疾病、休克、心力衰竭、循环衰竭、哮喘等多见该脉象。脉短而缓,不失胃、神、根,则临床上多以气虚为常见,如酒后的脉象短滑、神经衰弱、消化功能障碍、缺铁性贫血、营养不良性贫血、肾虚、下肢功能减弱、心肺功能不佳、记忆力下降、听力减退等。

——弱脉:气血不足,脉道失于充盈而有此脉。脉过于弱则成死脉。临床上见于心脑血管疾病,如脑血栓形成,也见于食道肿瘤、贲门痉挛、重症结核、胆管疾病、破伤风、肺气肿、肺心病、纤维素性胸膜炎、产后出血等疾病。若脉虽弱,但胃、神、根尚在,则多无生命之危,例如神经衰弱、贲门痉挛、食道失弛缓综合征、癔病、肋间神经痛、内分泌紊乱、食欲不振、维生素缺乏症、经期水肿、阳虚遗尿等。医者临诊,应辨病于轻重缓急,以脉辨病,区别对待。

——微脉:脉极细软,似有似无。主气血阴阳皆虚甚。微脉的取名有生命将微的寓意。若过极则见新病阳气暴脱,久病正气将绝,例如各种休克、风湿性心脏病、贫血性心脏病、老慢支(慢性支气管炎)肺心病、肾病综合征、糖尿病、各种感染性疾病的后期。若微脉尚存胃、神、根,则亦无生命之危,例如上呼吸道感染、肋间神经炎及疼痛、阳痿、早泄、性功能减退、遗精等。当然如长期持有此脉,人体机能不能发挥,生命的质量也不会太高。

——代脉:有定数止歇,主脏气衰微。该脉多见于重症,如心力衰竭、冠心病、心瓣膜病变、心源性休克、心肌梗死、肺源性心脏病、脑血管疾病(例如脑血栓形成、蛛网膜下腔出血)、肠道传染病(例如菌痢、霍乱、副霍乱、急性胃

肠炎）、胸膜炎症、肾性水肿等，多有生命危险。当然，代脉若胃、神、根不失，也见于营养不良、消化机能不佳、植物神经紊乱、神经官能症、跌打损伤、各种疼痛、紧张、惊吓及个别妊娠妇女。有时短暂出现的代脉，多无生死之忧。对于经久而有临床症状的代脉，多是眉火积薪之危。“结生代死”之古训还是刻骨铭心得好。

——迟缓脉：脉来怠慢，为脾胃虚弱，湿病之脉。过缓无力则多见于贫血、慢性消耗性疾病、肝胆系统疾病，凝血机制障碍、子宫出血、胎盘剥离不全、胎盘残留、食道占位、食道狭窄、食道痉挛、肠结核等。若脉缓而从容平和、不疾不躁、顺应四时之兼象，为正常脉象。另外临床上也还见宽大而缓之脉，例如浊脉，也是病脉。脉濡而缓可见于末梢神经炎、维生素缺乏症、脚气病，脉弱缓见于肠炎、便秘、肠道功能紊乱、泌尿生殖系炎症，脉浮缓见于上呼吸道感染、神经衰弱、风湿热、肠伤寒，脉细而缓见于胃部慢性炎症、胃下垂、胃潴留等，常是有胃、神、根之缓脉，临诊时应区别对待。

——迟脉：脉慢一息三至，主寒。脉迟有力为实寒，无力为虚寒。见于脑外伤综合征、脑溢血、颅内压增高、冠心病、动脉粥样硬化性心脏病、消化道肿瘤、风湿、类风湿、关节炎、心肌炎、慢性肝胆疾病、肠结核、胃十二指肠病变等，还见于各种贫血，例如溶血性贫血、巨细胞性贫血、再生障碍性贫血、及妊娠、肿瘤等。若脉迟而不失胃、神、根，则可见于经久参加体育锻炼的健康者，也见于健康人午夜沉睡时、植物神经紊乱、内分泌失调、迷走神经兴奋性增高、慢性肠炎、曲张性静脉炎、血栓性脉管炎、高热汗后热退时、

甲状腺机能减退等。临诊应审证得法,才能用药得当,若轻重不辨,乱施汤丸则必医患纠纷比肩接踵。

——结脉:脉缓时止,止无定数,主虚。重病见于元气衰微。临床上见于严重的心脏病、呼吸系统疾病、消化系统恶性肿瘤、肝胆系统疾病等。若脉结不失胃、神、根,则可见于精神病、消化系炎症、贫血、肾炎、气管炎、咽炎等病患。正常人迷走神经兴奋性增高、过度疲劳、极度精神紧张也可出现此脉、这是人体的正常机能状态,不应与病迟脉混为一谈。医者应圆机活法,不可蹈常袭故。

——沉脉:脉位深在,重按始得。多见实邪内郁或阳虚气陷,临床见于严重感染,菌血症、败血症,心、肺疾病,泌尿系结石、炎症、肿瘤,各种原因引起的水肿,风湿病、骨质增生,心脑血管疾病,肝、胆、胰腺的慢性炎症,糖尿病等疾病。若新病脉沉则实邪内盛,必见于重病。若久病脉沉则阳气已陷,机体无力抵抗疾病,病情必见重。沉脉也可见于正常人,例如冬天气温低,成年人尺脉与肥胖人脉多趋沉。还可见于慢性肠道炎症、骨骼病变、神经衰弱、贫血、慢性泌尿、生殖系统炎症等。

——潮脉:见心肌的严重受损,若潮脉合并有代脉则是危症。

——风脉:关尺脉过弱多提示瘫痪侧肢体功能的严重受损。根据其脉力还能判断瘫痪侧肢体功能的受损程度。

总之,阳性脉的太过则脏器损害,阴性脉的不及则脏器失其功能,均是病性危重的脉象。一方面,疾病的轻重、脉间的变化与其相顺应,另一方面正常脉、异常脉在一定条件下相互转化,与疾病互成因果。作为医生应殚思竭

虑、措置裕如，方能应对疾病与人体瞬息万变的局面，稍大意则失之毫厘缪之千里。脉象的过极和不足，临症之工应当审证施法。于医者而言，人命关天，成败乃一念之间，不逊色于二军对垒，需审证求因，胆大心细，力挽狂澜；若惊慌失措、乱了方寸，蜗行牛步、错失良机，皆为草菅人命。

十一、妇女、儿童的脉象特点

男、女、儿童脉象各有其特点，如果把男性脉象视为一种脉象模式的话，女子、儿童的脉象总有其与之不同的地方。

（一）女性脉象的特点

宏观上，女子一生中有未经期、经期、绝经期之分。而具有生育年龄（月经的建立）的妇女在一月中脉象又有经前期、经期、经后期、排卵期之别，另有妊娠、分娩、哺乳等生理上的改变，因此脉象也会发生与其相适应的变化。

女子在未建立月经以前，她们的脉象与男孩没有什么区别。要说细微的区别也只有脉象稍细数的不同了。她们在青春期前，尺脉、关脉在脉位上偏沉，在脉力上偏弱，一般在 12～14 岁月经建立后进入青春期时，尺脉、关脉渐渐转强。月经建立后，她们的脉象于经期前、后、中期，左寸脉、右尺脉、右关脉的脉位多浮、脉力增强而滑数。排卵期的脉象基本相同于月经期的脉象，只是滑而偏有力而已。绝经期女性尺脉转弱。体质好的女性 50 岁后关脉仍强，体质弱的女性关脉偏弱，而双寸脉趋浮。

女子在生育年龄段，右尺、左寸脉稍强的原因可能与其内分泌的调节及其自身的理化代谢有关。经期女子在雌激素、孕激素、促性腺激素的作用下，微血管开放，血流加速，同时水钠潴留，心脏的活动增强（部分女孩青春期

便秘就是由于水钠吸收能力增强的结果)。体内的各种代谢也加强,因而出现滑数的脉象。又由于子宫供血增加,宫体的充血,内膜的剥脱,右尺脉必浮强。胃肠的充血、门静脉回流的增加、肝脏代谢的增强等综合因素导致右关脉增强。代谢的增加必然导致心搏出量的增加而出现左寸脉增强而滑数的脉象。而月经后期,体内激素水平下降,失血、血黏稠度降低,则脉象会出现脉力减弱,脉象仍滑数的改变。此时若观察女子的末梢循环,如睑结膜的血管网、甲床、口唇,会发现轻度贫血症状。医生可以通过脉滑及末梢血供情况来区别月经前后或经期或排卵期。

女子在月经建立直至绝经期前或妊娠、哺乳早期,正常情况下关脉会增强,这与关脉脉气的组成成分有关。前章中我们陈述过关脉是乳房、肝、胆、脾、胃、肾、胰的脉气堆叠而成。经前期及妊娠时女人的食量,钠、水摄入和代谢增加,乳房胀满,而妊娠及哺乳期更是如此。个别女性妊娠出现消化道反应,关脉可减弱,而早孕反应后,关脉的增强与滑数是主要的。若哺乳期女性关脉偏弱,则乳汁分泌多困难,有时见缺乳。

另外,女性在二次月经的中期(排卵期)脉象多滑数,这可能与排卵期内分泌有关。女性排卵期体内促性腺激素达到峰值,子宫充血,又由于孕激素短期大量分泌,子宫内膜血供增强为其受精卵着床做准备,同时女性的性冲动也增加(在动物表现为外阴充血,求偶动作出现),人体各脏器在激素作用下代谢增强,微血管通畅,因而出现脉象滑数。

总之,女子受其自身生理因素的影响而出现与男子不

同的脉象。当我们了解了女性生理特征，就能理解其独特的脉象表现形式。一般情况如下：

❖经前10天，脉象开始滑，双关脉浮，脉力渐增。

❖月经前1~2天，脉象滑数明显，左寸、双关、右尺脉力增强明显，末梢血供红润，如甲床、睑结膜红润等。

❖月经期同上，但脉力减弱趋缓，末梢血供不见红润。

❖月经期后，脉仍滑，但左寸、双关、右尺脉浮力趋弱，同时末梢血供呈轻度贫血貌。

❖二次月经中期，脉滑剧，左寸、右关、右尺脉浮滑数，但晨起体温相对为低可见滑迟脉，多为排卵的体征。

❖脉洪、大、滑、数——月经提前，量多。

❖脉沉、细、弱、迟——经后期、量少、色暗。

❖脉沉、细、弱、虚、涩、弦——月经量少或推迟，可见于不孕症。

❖脉细、弱、迟——月经延期，见红不止，同时有贫血貌。也可见于不孕症。

❖脉芤无力——血崩不止。

❖左寸脉尚调和，尺脉沉弱——月经多不调。

❖脉沉、沉涩——月经不调或闭经。

❖双关脉力增强，左寸、右尺脉见滑动，多见乳腺增生。

❖月经前双关脉浮有力，见乳腺增生。

❖脉虚、细涩——体虚闭经。

❖左尺脉滑、击，脉晕点出现，脉力的增强，均提示该女有妇科疾病，因为正常情况下左尺脉偏弱。

❖妊娠——停经、脉滑数有力，一般左寸、右尺脉数滑

超过关位。妊娠月份越大,关脉脉力越强。

❖妊娠时尺脉的沉、弱、虚、涩、细,有先兆流产的可能。

❖关脉的脉晕点滑数有力,双寸脉晕点出现,右关脉晕点脉力强,有乳腺癌可能。

❖妊娠期——脉洪,胎儿正常发育。若双尺、左寸脉洪大可能是双胞胎。

❖临产——脉极滑而紧,中指动脉搏动明显。

❖左寸脉浮滑——右尺脉弦、脉沉弦有时也见妊娠。

❖双寸口脉弦滑——妊娠期高血压。

❖男性胎儿——左寸和关脉浮大、滑、实数,且强于右寸关脉,反之则可能是女胎。

❖尺脉弱——多见月经不正常、肠道功能不佳(腹泻或便秘)、腰酸、下肢关节病变、天冷四肢寒、下肢脱钙、小便自解等。

❖双尺脉弦细——子宫内膜炎、月经淋漓不尽等。

❖关脉细、弱——多见缺乳、消瘦、心情不舒畅、胃肠功能不佳等。

❖关脉强——生理情况下,乳房大、乳量大、胃口好、体胖、人的性格豪爽。病理情况下见于肝脾肿大、脂肪肝、眼结膜充血与不适、脾气大易怒等。

(二)小儿脉特点

小儿由于正处发育期,许多组织器官尚未成熟有别于成人,因而脉象也有其特点。首先是寸脉接近成人化,这是相对于尺、关脉来说的,这说明小儿的脑部活动已经很接近成人了。关、尺脉特别是尺脉偏弱,这也说明小儿肾

气弱、四肢及内脏尚待发育。所以候小儿脉时一指总候三部即可。一般中候有力即为肾气充沛、发育正常。5~6岁小儿一息六至为正常，八九至为数，四五至为迟，三岁以下小儿八至为平。小儿脉无需细辨脉感，只需了解浮沉、迟数、缓急、强弱等脉之大意即可。习惯三指候小儿脉，需密布指。多能得到正确诊断。

小儿的脉象多为寸脉明显，关位、尺位合一。由于小儿多不能正确地陈诉病史，所以掌握他们的脉象规律对于小儿临床诊断有一定意义。一般情况如下：

❖浮数为阳、沉迟为阴。

❖强弱表示虚实，缓急测试正邪。

❖脉数为热、脉迟为寒。

❖脉沉滑为宿食。

❖脉沉弦多腹痛。

❖双关脉尺侧缘边脉，见上腹部疼痛。

❖一侧关脉尺侧缘边脉，见对侧上腹部疼痛。

❖双尺脉尺侧缘边脉，见小腹疼痛。

❖一侧尺脉尺侧缘边脉，见对侧小腹疼痛或疝气。

❖尺脉桡侧缘边脉，多见下肢疼痛。

❖一侧尺脉桡侧缘边脉，见于同侧下肢疼痛。

❖脉浮弦为痰饮。

❖脉浮滑为风痰。

❖双寸脉中有豆点样脉晕点、左关脉强或出现左关脉晕并伴有脉滑数，多见于扁桃体炎。14岁后人体免疫功能健全，有此脉象应检查血象，排除血液疾病、网织内皮系统疾病等，特别在虚、虚滑、虚数脉中求此三点脉晕多见有

临床意义。

❖脉紧主寒，弦紧见于风寒。

❖脉缓见于湿。

❖脉虚涩为惊吓。

❖单纯左关脉强，多见于颈淋巴结肿大或脾脏的肿大等。

❖左关脉强伴双尺脉病脉点、脉数洪应排除肠系膜淋巴结炎。

十二、脉诊与辨证

中医八纲辨证，是辨证的总纲，在临床工作中具有提纲挈领、归类共性的作用。八纲，即阴、阳、表、里、寒、热、虚、实。八纲中，阴、阳是总纲，表、热、实属阳，里、寒、虚属阴。而脉诊又是八纲辨证的主要依据。

（一）脉诊与阴阳

阴：沉、牢、伏、细、迟、涩、结、虚、短、弱、微、代、漾、潮。

阳：浮、洪、芤、濡、革、散、数、滑、动、促、实、紧、弦、长、浊、奇、边、风、击。

（二）脉诊与表里

浮脉——表证（浮而有力为表实，浮而无力为表虚）

沉脉——里证（有力为里实，无力为里虚）

（三）脉诊与寒热

迟脉
紧脉｝寒（紧而有力为实寒，紧而沉迟无力为虚寒）

数脉——热（数而有力实热，数而无力为虚热）

（四）脉诊与虚实

虚脉——虚（脉虚也可泛指各种无力之脉，如微、细、濡、弱、漾、短等）

实脉——实（实脉也可泛指各种有力脉象，如实、滑、洪、长、浊、击等）

（五）脉的对举

浮—沉，迟—数，虚—实，滑—涩，洪—细，长—短，紧—散。

十三、脉象的兼脉、命名原则

凡由两种或两种以上的单一脉素复合成的脉象称相兼脉或复合脉。这是因为疾病是一个复杂的病理过程，有时多种致病因素互为因果，机体在与疾病斗争时会出现不同的即时状态，脉象也会出现不同的即时变化，常常形成复合脉。例如二合脉、三合脉、四合脉，甚至五合脉，就是分别由 2 种、3 种、4 种、5 种的脉象要素复合而成。在 27 脉中有许多脉象本身就是复合脉，例如濡脉、弱脉、牢脉、实脉等（见病脉章）。

当翻开脉学史册的长页时，我们发现许多脉学著作中有关脉象的兼脉及兼脉的命名存在着这样和那样的参差不齐，缺乏统一性，我们已经不可能改变先人的表达方式，但我们可以从现在做起拟订一种方案来解决这一问题。尽管这一问题比较棘手。

（一）脉象兼脉的基本原则

——具有脉位性质的兼脉：

❖浮脉类可以同中位脉兼脉，例如浮紧脉等。

❖中位脉可以同沉位脉兼脉，例如沉迟脉等。

❖浮位脉不能同沉脉类兼脉，例如浮沉脉。

❖浮、中、沉三类脉可以同时兼脉，例如实、浊、洪脉等。

❖中位脉之间可以兼脉，例如滑数脉等。

❖浮脉类之间不兼脉，例如浮芤脉。

❖沉脉类之间不兼脉，例如沉牢脉等。

❖风脉、边脉、脉晕点脉不受上述约束。

总之，具有脉位性质的对举脉可共存但不兼脉。

——具有频率性质的兼脉：

❖原则上不兼脉。

❖特别情况下缓、迟脉间可以兼脉。例如脉的缓迟是指脉动在每分钟 45 ~ 63 次范围。

总之，具有频率性质的对举脉一般不兼脉。

——具有节律性质的兼脉：

原则上不兼脉，但可先后出现在同一寸口。如结代脉的先后间断出现。

——具有脉势性质的兼脉：

对举脉不兼脉。例如虚实脉。

——长、短性质的兼脉：

不兼脉。例如长短脉。但双寸口可以分别出现。

——脉管紧张度性质的兼脉：

不兼脉。例如紧脉与缓脉不兼脉。

——脉流利度性质的兼脉：

不兼脉。例如滑、涩脉。

——相似脉一般不兼脉。例如：

❖沉、伏、牢脉。

❖虚、芤、散脉。

❖细、濡、弱、微脉。

❖动、短脉。

❖弦、紧脉不兼脉，但可以和长脉兼脉。

❖实、洪脉。

❖芤、革脉。

❖促、结脉均不应兼脉。

——寄生脉必须兼脉(寄生脉指风脉、边脉、动脉、脉晕点脉):

如边脉、风脉、动脉、脉晕点脉象等。因为它们必须以兼脉的形式存在。

总之,对举脉不兼脉,相似脉不应兼脉,脉的基本要素间可以兼脉,寄生脉必须以兼脉的形式出现。

兼脉时以基本脉素为依据,兼脉在各脉素间进行,但不是脉素间的排列组合。现推荐以脉素为依据分类法:

脉位:浮、沉、伏。

幅度:洪、细、濡。

力度:虚、芤、濡、弱、微。

流利度:滑、涩、浊、击。

频率:数、迟。

节律:促、结、代、十怪脉。

形状:弦、紧、实、长、短、革、牢、动、散、奇、潮。

寄生脉:边、风、脉晕点。

(二)兼脉的命名原则

提倡脉位命名法:

——具有浮脉脉素的兼脉命名:脉名第一字以浮脉类为首字,第二位为中位脉。如浮脉与滑脉的兼脉,称浮滑脉。

——具有沉脉脉素的兼脉命名:脉名第一字以沉脉为首字,第二位为中位脉。如沉滑脉。

——大脉类的兼脉命名：大脉类为脉名的首字。如洪数脉。

——中位脉间兼脉的命名：以前后顺序为列，前一字为名的首字。中位脉的排列顺序如下：

中位——动弦长微细紧短潮奇漾结代促风边滑涩击数迟

说明：按表中的顺序，凡中位脉间的兼脉其脉名以左为脉名的首字。如弦长脉而不称长弦脉，或脉细而弦改为脉弦细。

——浮、沉脉类同大脉类兼脉：兼脉名的第一字是浮、沉脉，多起到侧重脉位成分的作用。脉理上一般不主张它们间兼脉，但古脉著则常见。脉既称大则必满三位，侧重脉素的成分也有一定意义，完全偏废又乱了古法。

上述脉象的命名法则尚不完全具备规范性与科学性，但在脉名这一棘手问题没有得到彻底解决以前，该命名法则又有汇同古今的生命力。事实上已经存在的脉名是形象性、会意性命名。若采取脉素命名法则扬弃部分已有的脉名，来一次大的变革，这将是一个系统工程。没有百家共鸣，达成共识，只凭笔者的只言片语，其力量还是薄弱的。以上仅供参考。

十四、脉证顺逆从舍与脉证合参

（一）脉证顺逆从舍

所谓脉证顺、逆，是指疾病与脉象的相应性。一般脉症是相顺应的，但有时脉证也会出现不相顺应的情况，甚至还会出现相反的特殊现象。

一般功能不足的疾病，会出现阴性脉如沉、细、弱、微、漾、结、涩、短、迟、缓等脉象。功能亢进的疾病会出现阳性脉，如：浮、洪、数、大、长、宽、浊、实等脉象。功能亢进的疾病出现了阳性脉象，功能不足的疾病出现了阴性脉象，这是脉证相顺。功能不足的疾病出现了阳性脉象，功能亢进的疾病出现了阴性脉象，均为脉证不相顺应，甚至是脉证相逆。根据临床经验，脉证相逆的脉象是存在临床风险的脉象，是病脉、死脉。例如上呼吸道感染，早期病人出现发热、怕冷、头痛、鼻涕、咽痛、咳嗽、脉见浮数，是以寸脉为主的浮数脉，这说明脉证相顺。虽然邪盛而正气未衰，预后尚良好。若脉沉、细、虚、弱为脉证不相顺，多是病进、久病、重病、难医之病。又例如慢性胰腺炎患者，脉象出现沉、细、虚、弱为脉证相顺，它提示由于疾病的慢性折磨，人体的机能下降，病程趋缓慢，人体机能在下降，但短期内病人无生命危险。若脉洪、数、浮、实，则脉证相逆，表示正气已竭而邪更盛，多是慢性胰腺炎的急性发作，或并发其他疾病，也预示生命危险的来临。

再如,大叶性肺炎早、中期或流行性疾病的早、中期,脉象出现浮、洪、数、实为顺,说明疾病来势凶猛,而机体抵抗力也强,正邪相搏、脉洪实有力,这是脉证相顺,多能给临床医生提供正确的参考意见,处理起来手段也较单一明确。若脉沉、弱、细、微则说明病情危重,机体抵抗力低下,病邪的力量压倒了人体正气而出现不良后果,这是脉症相逆之相,临床上多会出现风险,处理起来也多棘手。

若脉有余而证不足,若证有余而脉不足皆为相逆,轻者疾病迁延,重者病情沉笃或为不治之症。

一般情况下:

❖功能不足的疾病——出现阴性脉,如沉、细、弱、微、漾、结、涩、短、迟、缓等脉象,这是脉证相顺的情况。

❖功能亢进的疾病——出现阳性脉,如浮、洪、数、大、长、宽、浊、实等脉象,为脉证相顺。

❖功能不足的疾病——出现了阳性脉象,为脉证不相顺应。

❖功能亢进的疾病——出现了阴性脉象,也是脉证不顺。

❖浮脉→沉脉——新病见重、病进。久病则病情迁延、难治。

❖沉脉→浮脉——病趋愈合,或久病加重或出现并发症。

❖迟脉→缓脉——病近愈或亚临床状态(新病见脉迟病迁延,久病相顺但病亦可迁延)。

❖数脉→缓脉——感染性疾病早期见病重、病进或积极治疗后,病向愈。

❖紧脉→缓脉——病向愈。

→脉弦——加重。

❖短浮→细弱脉——新病见重、病进。久病则病情迁延、难治。

❖实脉→新病为顺有治,久病见之危象(数、洪、长、滑相同)。

❖虚脉→见胃气,病愈;

→见芤病进。

❖击脉→滑脉——病向愈。

❖浊脉→清虚脉——病向愈。

❖代脉→结脉——病向愈。

→潮脉,病进。

脉证的顺逆,只是针对一般情况而言的,少数情况下也见脉证相顺但病人病情危重现象。这说明临床工作中脉证的顺逆是相对的,并非绝对不变。脉与证的顺应不等于疾病轻,容易治疗,预后良好,有时反而病情危重。这里的脉证顺逆多表示该病的病机较明确,辨证较明,易于临床对症处理而已。例如,部分久病卧床的病人,慢性消耗性疾病晚期,严重疾病晚期其脉象出现沉、细、微、弱脉象为顺。如果病人出现末梢循环衰竭,慢性血管内凝血,脉道也是沉、细、微、弱,脉象与病程相顺应,如果此时误把此脉认为是脉证相顺、有治,则必失去快速抢救的机会。同理,脉证相逆并不都是病性危重、预后不良的征兆,而只是病机较复杂,一时难以辨证,难以肯定地对病下药而已。

脉证的顺逆,有时尚须考虑许多脉外因素,例如季节、地理、环境、男、女、老、弱等情况,毕竟脉象是一种动态的

存在形势，古人关于脉象的“四时兼象”也是出于这种考虑。

既然临床上脉证有顺逆，作为医生，是决定取脉舍证，还是取证舍脉，这是候脉诊病的常见问题。对脉证的判断上必须从疾病的本质下手，抓住本质、舍弃假象。

就疾病本质来说，一种疾病有其自身存在的规律。中医讲病机，西医谈病理。疾病的病机、病理过程就是脉证出现的基础与本质。医生不但应了解疾病的不同阶段出现不同的脉象形式，还应了解它的正常脉象（相顺脉象）应当什么样，只有知道正常才能体察不正常。拿休克一病来说，休克的不同阶段为：血压下降（缺血期）期；微血管障碍（凝血期）期；弥漫性血管内凝血期；器官衰竭期。

早期血压下降期，从临床症状上看病人只是面色发白、头昏、自汗、手凉、反应不敏感，而脉象为虚数、细、微、弱等。脉象与临床症状不相顺，表现在脉的先行，而临床症状滞后。此时虽然脉证相逆但病情易治。在血压下降期后，会出现代偿期表现，血压回升，面色会红润，凉手变得有热度，病人自觉症状缓解，但脉象仍然沉、数、细、弱等，还是脉证相逆，也预示疾病风险的到来。

症状上我们一时看不出病人此阶段的休克是机体内部的代偿表现，事实上此阶段是机体内部应急功能起作用，是机体减少了次要脏器的血液供应而保障了生命器官的血液供应。虽然临床症状上看不出疾病的严重性，但是脉象上已现危重。此时如果我们舍证取脉，抓紧时间应对休克，此时应当是好治的阶段。例如采取血管活性药物调理和液体的补充，病人会很快康复。但是，如果我们采取

的方式是舍脉取证,则休克很快进入第二期,即凝血期。

凝血期是休克的失代偿阶段,为病进的标志。此期病人的临床症状是表情淡漠,面色青紫,四肢湿冷青紫,心跳快而弱,血压下降明显,甚至测不出,尿量少。脉象出现微、弱、散、涩等。为脉证相顺状态。此时虽然脉证相顺但已经是难治阶段,千万不能以脉证相顺而低估了治疗难度。虽然进步的现代医学对于凝血期休克采取输液、纠正酸中毒、活血化淤,使用血管活性药物等手段,病情有治愈的可能,但是,潜在的风险不可低估。

凝血期虽然脉证相顺,但不易治疗。医生若知道病情的危重性,弃脉取证,及早采取应对措施,临床风险就大大降低。如果此时被脉证相顺误导,将会延误积极抢救的机会,病情向危重发展,淤血期进入凝血期。凝血期机体重要脏器,例如脑、心、肾、肝、等内脏微血管广泛性凝血,血管通透性增加,出血现象严重,临床治疗增加了困难。此时病人的临床症状为昏迷、青紫、广泛出血,血压测不出,生命体征出现了危象,重要脏器功能衰竭,甚至临床死亡。此时就是脉证顺应也是回天无术了。当人们认识了休克病的机理并借助于现代医学科技手段,在抢救凝血期重要脏器的衰竭时,一方面积极抗休克,一方面采取支持疗法,及时进行人工复苏、透析,尚有把部分病人从重度休克的死亡线上拯救回来的可能。

所谓舍脉从证或舍证从脉,是在脉证不相顺、疾病的机理复杂不易掌握的情况下,医生经过综合分析所采取的取舍而已。临床工作中舍与取是相对的,往往是二者结合,舍中有取,取中有舍。是疾病发展的不同阶段而采取

不同的辨证侧重方法。在一定程度上它还取决于临床医生的诊断水平及临床经验。古人提出脉证合参就是告诫我们诊病辨证要综合分析病情，脉与证要互参，要去伪存真、治病求本。

关于脉证取舍的具体方法，可以借鉴张景岳的精辟论述："凡治病之法，有当舍证从脉者，有当舍脉从证者，何也？盖证有真假，脉亦有真假，凡见脉证有不相合者，则必有一真一假隐于其中矣。故有以阳证见阴脉者，有以阴证见阳脉者，有以虚证见实脉者，有以实证见虚脉者，此阴彼阳，此虚彼实，将何从乎？病而遇此，最难下手，最易差错，不有真见，必致杀人。矧今人只知见在，不识隐微，凡遇证之实而脉之虚者，必直攻其证而忘其脉之真虚也。或遇脉之弦大而证之虚者，亦必直攻其脉而忘其证之无实也。此其故正以似虚似实，疑本难明，当舍当从，熟知其要？医有迷途，莫此为甚。余尝熟察之矣，大都证实脉虚者，必其证为假实也；脉实证虚者，必其脉为假实也，何以见之？如外虽烦热而脉见微弱者，必火虚也；腹虽胀满而脉微弱者，必胃虚也。虚火虚胀其堪攻乎？此宜从脉之虚不从证之实也。其有本无烦热而脉见洪数者，非火邪也；本无胀滞而脉见弦强者，非内实也。无热无胀，甚堪泻乎？此宜从证从虚，不从脉之实也。凡此之类，但言假实，不言假虚，果何意也？盖实有假实，虚无假虚。假实者病多变幻，此其所以有假也；假虚者亏损既露，此其所以无假也。大凡脉证不合者，中必有奸，必察其虚以求根本。庶乎无误，此诚不易之要法也。真实假虚之候，非曰必无，如寒邪内伤，或食停气滞而心腹急痛，以致脉道沉伏，或促或结一证，此以

邪闭经络而然，脉虽若虚，而必有痛胀等证可据者，是诚假虚之脉，非本虚也。又若四肢厥逆，或恶风怯寒而脉见滑数一证，此由热极生寒，外虽若虚而内有烦热便结等证可据者，是诚假虚之病，非本虚也。大抵假虚之证，只此二条。若有是实脉而无是实证，即实脉也；有是实证而无是实脉，即假实证也。知假知真，即知所从舍矣。"

"近见有治伤寒者，每以阴脉作伏脉，不知伏脉之体，虽细虽沉，亦必隐隐有力，亦必明明有症，岂容任意胡猜以草菅人命哉！仁者必不然也。又有从脉从证之法，乃以病有轻重为言也。如病本轻浅别无危候者，但因见在以治其标，自无不可，此从证也。若病关脏气，稍见疑难，则必须详辨虚实，凭脉下药，方为切当。所以轻者从证十唯一二，重者从脉十当八九，此脉之关系非浅也。虽曰脉有真假，而实由人见之不真耳，脉亦何从假哉！"

（二）脉证合参

——合参有利于区分病、证。

症状是机体病理变化的外在表现，是证候的基本要素。抓住这一要素对区别病、证有重要意义。脉诊是"四诊"的主诊，是内窥人体的潜望镜。脉、证的有机结合将对病、证的鉴别与诊断有主导作用。

例如，某病人的症状是头痛：

头痛伴形寒身冷，得温而减，遇寒加重，头部紧束，脉象浮紧或寸脉浮紧则可诊断为风寒性头痛。在这里头痛是主证，温减寒重、头紧束为兼证，风寒性头疼是一种证型并通过脉浮紧而诊断。一般因寒冷、受凉而导致的上呼吸道感染或机体抵抗力不足而导致的感冒多见上述症状及

脉象。如果仅以头痛、温减寒重、头紧束或仅以脉浮紧而定风寒性感冒那就过于草率了。例如女人经期也可出现头痛并且温减寒重。不过，其脉象可见左寸脉浮滑、右尺脉滑数等。过敏性鼻炎、过敏性咽鼓管炎、慢性咽炎等也可出现寸脉的浮紧，但它们的临床症状与头痛不同。

头痛而胀，面红目赤、遇热加重，发热怕风，咽喉肿痛，口渴欲饮，舌尖红，脉象浮数，为风热性头痛。上呼吸道感染、急性咽炎、扁桃体炎导致的发热，常见上述证候。症状上我们很难把它们区别开来，但脉象上咽炎、上呼吸道感染、扁桃体炎是可以区别的。脉象浮数是一种感染脉象，寸脉的浮数常是上呼吸道感染，急性咽炎的脉象常是左寸脉浮数、双寸尺侧缘为明显。扁桃体炎的脉象常是脉象浮数、左关脉、双寸脉中段出现特定的脉晕点。

症状出现在不同的部位，脉象也有特定的指向，对病、证的鉴别有重要意义。例如甲状腺机能亢进、颈淋巴结炎，症状都是颈部包块，体征也是颈部包块，脉象滑数是它们的共同特点。但事实上甲状腺机能亢进的脉象特点是脉滑数、双寸脉中段沉位出现两枚滑动的脉晕点、尺脉沉而无力，颈淋巴结炎的脉象特点是脉滑数、左关脉、双寸脉中段各出现一枚脉晕点。通过脉、证的合参我们可以很方便地把病、证区别开来。

——合参有利于认识疾病的机理。

中医认为疾病是人体内部阴阳失去平衡的一系列反应。疾病的过程是正邪交争的过程。疾病的机理贯穿着疾病的病程始终不停地变化，它是一种不断变化的量。在临床诊治工作中，如果我们不能通过疾病某种内窥的窗口

或外露的蛛丝马迹就不可能正确地加以认识。就认识疾病的深度而言,疾病的机理较症状更深刻。同时,症状、脉诊、疾病机理间又存在着广泛的深层次的辨证关系。脉证的合参可以视其外而知其内,知其表而揣其里,这是医家惯用的知病途径。正如《灵枢·本脏篇》所说:"视其外应,以知其内脏,则知所病矣。"

一些情况下,疾病的机理、症状、脉诊间将存在着一种顺应的关系,它们所反映的机制内含都较直接和明显,对于疾病的诊断大都有直接的意义。例如病人畏寒,怕冷,无汗,头身疼痛,鼻塞流涕,脉浮紧。我们很容易诊断为外感风寒。疾病的机理是风寒袭表、卫阳被郁所致。现代医学的特异性症状就是疾病的机制与症状相顺应的关系,我们可以通过一种疾病的特异性症状对疾病作出诊断,这也说明特异性症状的机制明了。若特异性症状与特异性脉象相结合对疾病的诊断则更具有明确诊断的作用。例如,尿频症状,将其分为膀胱湿热尿频、肾阴亏虚尿频、肾气不固尿频、脾肺气虚尿频等。膀胱湿热尿频症状:小便频数,尿急尿痛,尿道灼热、刺痛,便短黄,腹胀、大便干,也见发热,舌红咽干苔黄腻,脉象滑数或双尺脉浮数并出现小黄豆样脉晕点。现代医学认为的因泌尿系统病原微生物感染而出现的膀胱刺激症状与膀胱湿热尿频证候相似。膀胱湿热尿频与肾阴亏虚尿频均为泌尿系统感染症状,前者为实证,后者为虚证。肾阴亏虚尿频症状见尿频而短黄,口咽干燥,面红唇赤,眩晕耳鸣,五心烦热,骨蒸劳热,盗汗,大便硬结,舌红苔少,脉细而数或双尺脉细数。肾阴亏虚证候相当于现代医学的泌尿系统结核性感染等。肾气

不固尿频症状:见尿频清长,憋不住小便,活动、大笑时小便自下。患者头昏目眩,耳鸣耳聋,气短虚喘,面色萎白,腰膝酸软,四肢不温,舌胖色淡,苔薄白,脉沉细弱,或双尺脉沉,或双尺脉沉细。现代医学的精神性多尿与肾阴亏虚尿频证候相似,多见绝经期妇女及长期不锻炼的中老年人等。脾肺气虚尿频:尿频清长,也见尿失禁或遗尿,头眩气短,咳吐痰涎,纳减便溏,舌淡苔白,脉虚弱或双尺脉虚、弱。该证候与现代医学的慢性胃肠疾病、慢性肺部疾病等导致的慢性营养不良、神经性尿频相似。通过特异症状及特异脉象的互参,我们很容易认识疾病的机理,同时对疾病的诊断也具有极大的帮助。

事实上,许多症状及疾病的机理都是多元化的,并没有明显的单一模式。非特异症状就具有广泛性或普遍性,症状与症状之间并没有明显的区别标志,它们错综复杂、相互交织,症状与病的机理间的关系也更复杂,甚至相互矛盾不易揣摩。当我们从症状与四诊的综合判断上找出某种具有代表性的要素即"典型症状"或"典型脉象"并把它们有机地结合起来,就能识别复杂的疾病现象,剖析疾病的机理,明辨疾病的症候。不过,在纷纭变幻的临床实践中,医者自身水平的提高和经验的不断积累始终是重要的。

——合参有利于认识病理。

人类大多数疾病都有明显的形态结构变化,机能及代谢的异常,三者之间的变化又是密切相关和不可分割的。我们在研究疾病病理时,必须借助某些深入疾病内部的工具,方能对疾病病理加以认识。症状仅是疾病最确切的外

在表现,而脉诊是揣测疾病内部形态结构的变化、机能及代谢异常的有力武器。症状与脉诊的互参对认识疾病及其病理,有内外互揣、由表及里、表里结合的作用。例如,休克病人的症状是血压下降;当脉象细微、涩或脉细微合并寸脉远心端出现脉晕点时(当微血管痉挛时,寸脉的前端血流受阻,会出现脉晕点),即可诊断为微血管痉挛期。在休克的早期认识上,人们普遍认为休克是小血管的扩张而导致的血压下降。事实上休克的最终认识是微血管的痉挛,如果脉证合参,则休克的病理早期应该被正确认识。再例如,外伤性大出血,心输出量减少和动脉血压下降,脉象为芤脉。这是因为血液突然丧失过多,血管来不及收缩的原因。此时的临床症状只是血压下降,心跳加快等。而当血压进一步下降,反射性地使交感神经兴奋,皮肤、内脏的微动脉和小静脉收缩,此时的脉象是脉细、脉微。出血的脏器也可在寸口脉上投影出病脏的脉晕点。这时的临床症状是血压进一步下降,四肢变凉,意识模糊等。若疾病进一步发展,组织由于缺血、缺氧,毛细血管大量开放,大量血液淤积在毛细血管及微静脉中。其结果是回心血量锐减,心输出量进一步减少,动脉压进一步降低,组织缺血、缺氧更严重,这样可造成生命危险。此时的脉象则出现微涩或无脉的"死脉"。而临床症状可见四肢冰凉,血压测不出,意识丧失等。急、慢性右腰椎间盘突出症,早期右腰或右下肢酸痛,脉象见右关尺脉实,提示右腰神经根被压迫,关尺脉实为急性右椎间盘突出症的特异脉象。晚期右关尺脉力明显下降或脉细或出现边脉等,但此脉象并不是右椎间盘突出症的特异脉象,因而不能立即得到明确

的诊断。而进行拇趾背伸试验，其阳性者即可诊断为慢性右椎间盘突出症。这是因为右下肢神经干的长期被压迫、神经的脱髓鞘、支配右下肢的神经出现了功能性障碍，因而拇趾背伸肌张力下降。这都是脉证合参认识病理的范例。

——合参有利于疾病的诊断。

脉象是捕获体征的一种方式方法，而症状与体征的有机结合则是医生诊病的有力武器。

以咳血为例：咳血是一种临床症状，单以此症难以定夺是呼吸系统哪一种疾病，而脉症的合参可以以极快的方式作出诊断。①痰血、寸脉浮数可诊断为外感咳血。②痰血、奇脉可诊断为肺动脉瓣狭窄。③粉红泡沫痰、潮脉可诊断为左心衰。④干咳少痰或咯鲜红血、午后低热夜间盗汗，双寸脉细数可诊断为肺结核。

以呕吐为例：①呕吐、双寸脉浮滑可诊断为晕车、船。②喷射性呕吐、风脉则多为脑中风。③呕吐、双寸脉豆样脉晕点可诊断为头痛。④腹痛、呕吐、大便闭、双尺脉尺侧缘边滑脉可诊断为肠梗阻，等等。

十五、脉诊的作用及意义

中医就人体脉象的研究长达几千年历程，其中不乏大量仁人志士的呕心沥血，把仅容指之桡动脉研究得淋漓尽致。通过脉诊可以了解人体气、血虚实，阴、阳之盛衰；可以了解脏器的功能强弱和正邪力量的消长，对疾病的治疗、预后都有十分重要的意义。归纳起来，脉诊有辨别病情、判断证候、定位病脏、判断病情的功能，有阐述病机、指导临床治疗、用药及推断预后的功能，部分还有替代现代理、化检测手段的功能。

（一）辨别病情，判断证候

脉诊在一定程度上能反映出疾病和病理特点，例如：数脉表示体内有热，迟脉表示身寒、代谢低下，细脉表示人体机能低下，脉滑、脉宽、脉实为实证，脉小为虚证，脉之结、代、促表示严重的心律失常，浮脉主表、沉脉主里等。糖尿病的脉象为动脉加左尺脉出现脉晕点，根据左尺脉脉晕点的力度、大小基本可以推断糖尿病的血糖高低和用药治疗效果。痛风病的脉象相似于糖尿病脉象，根据左关脉脉晕点及脉力的大小，基本可以判断痛风病的尿酸高低和用药治疗效果。在排除心脏疾病的情况下，了解脉动次数可以推判体温的高低。根据脉搏的力度，也基本可以准确推断血压的高低，有时其结果与血压表测量相差不多于5mmHg（当然候脉测血压有时是有难度的，特别是遗传性

高血压的弦脉)。也可根据浊脉的程度了解血脂的高低。因此通过脉象可部分替代检验仪器与繁琐的抽血等。

(二)脉诊与病脏定位

脉诊的感应范围涉及全身,通过对植物神经和人体血供分属的研究,重新认识寸口脉脏器的分属。按新寸口分属候脉可准确地感应出疾病脏器的所在,在一定程度上不逊色于X光摄片、B超、CT、磁共振等。

例如:脉浊、右关脉沉,为脂肪肝。脉弦、左右关脉沉力如蚕豆,多为肝硬化、肝脾肿大。关尺脉的独实有力,为同侧椎间盘突出症。双寸脉边脉,为颈椎病。单侧寸边脉,为同侧脉肩周炎,等等。在一定程度上,脉象有替代现代化诊疗仪器的作用。但就方便程度来说,通过候脉可以内窥人体,感应人体的上下、左右、前后、内外,这是现代化仪器难以相比的。

(三)阐述病机

通过对脉象的推断可以了解疾病的病机。例如《伤寒论·脉法》就有通过脉象来了解病机的提法。其曰:“脉浮而紧,浮为风,紧为寒,风则伤卫,寒则伤荣,荣卫俱病骨节烦疼。”即是通过脉象浮紧形成的原理来反证骨节烦疼的病机,提出骨关节的疼痛是由风邪袭表,上呼吸道、扁桃体炎症,直至荣卫俱病、免疫紊乱而至病。

(四)指导治疗

中医诊病用药,脉象起决定性作用,特别是在临床症状一时难以清楚的病况下,以脉断病非常重要。脉证合参更是前贤所倡导的方法。通过脉证合参,我们能明辨病

机,确立治疗原则,选择合适有效的方剂和药物,达到最大疗效。例如张景岳所言:"如外虽烦热而脉见微弱也,必大虚也;腹虽胀满而脉微弱者,必胃虚也。"表面上病人外观烦热,这是表面现象,而真正的病因在于虚;表面上病人腹部胀满烦躁不安,但从脉上分析,是消化不良,是胃的机能减弱,为胃虚,通过补阴温胃则二病皆得到有效治疗。现代医学的"肠型感冒"与此类似。

有时我们可根据新寸口脉脏器定位,一步到位作出诊断,迅速把药物用到病人体内,使病人得到更快的治疗。例如:脉数、双寸脉出现滑动的脉晕点,左关脉强,为扁桃体炎,迅速抗炎治疗,病情立刻缓解。脉滑数左关脉如黄豆,多见淋巴结炎,可进一步检查及治疗等。

再如甲状腺亢进疾病,病人多有心慌、易怒、易饿症状,一时许多医生难以诊断。通过候脉,病人出现双寸脉中段二枚脉晕点滑动、脉数,立即做 T_3、T_4、TSH 检验并确诊,给予抗甲亢药物治疗。当双寸二枚脉晕点减弱或脉缓为病情好转,双寸二枚脉晕点消失脉缓则甲亢病治愈。

(五)脉诊与脏器病理

一般来说,脏器的充血、初期炎症,脉象为浮。脏器的水肿、纤维化、肿瘤、坏死,脉象为沉而有力。空腔脏器脉气居浮,实质性脏器脉位趋沉。脏器的体积变大,脉晕点趋大。脏器的缩小,功能减退,其相应的脉晕点变小,脉象也趋细弱。如果脏器缺如或手术切除,则其对应的寸口脉位沉而无力甚至无脉。结石、肿瘤或小实质性脏器的脉晕点如豆粒。

（六）推断，预后

《景岳全书·脉神章》曰："欲察病之吉凶者，但当比胃气为主。察之之法，如今日尚和缓，明日更弦急，知邪气之愈进，邪愈进，则病愈甚矣。今日之弦急，明日稍和缓，知胃气之渐至，胃气至，则病渐轻矣。即如顿刻之间，初急后缓者，胃气之来也。初缓后急者，胃气之去也。此察邪正进退之法也。"

通过脉象能判断疾病的轻重、吉凶并能观察治疗的效果。如新病脉浮，转滑转缓为病渐愈，久病脉力渐缓和是胃气渐至，病退而自愈。若新病脉沉或脉虚数为病进。若久病脉虚浮大则多为正衰邪盛，病情向危重的方向发展。

当然，关于疾病的预后尚应脉证结合，综合参考，方能正确地推断预后。而且，随着现代医学科技的发展，对一种疾病的生理、生化、病理的研究，将逐渐认识其规律性及必然性，采取脉象与临床工作的互参更具有跨时代意义。

《医宗金鉴·四诊心法》[13]将病脉的顺逆编成四言歌诀，较有影响。选择如下供临床参考。

脉之主病，有宜不宜；阴阳顺逆，吉凶可推。

中风之脉，却喜浮迟；坚大急疾，其凶可知。

伤寒热病，脉喜洪浮；沉微涩小，证反必凶。

汗后脉静，身凉则安；汗后脉躁，势盛必难。

阳证见阴，命必危殆；阴证见阳，虽困无害。

劳倦伤脾，脉当虚弱，自汗脉躁，死不可却。

疟脉自弦，弦迟多寒，弦数多热，代散多难。

泄泻下痢，沉小滑弱；实大浮数，发热则恶。

呕吐反胃，浮滑则昌；沉数细涩，结代者亡。

霍乱之候，脉代勿讶；舌卷囊收，厥伏可嗟。
咳急抬肩，浮滑是顺；沉涩肢寒，切为逆证。
火热之证，洪数为宜；微弱无神，根本脱离。
骨蒸发热，脉数而虚；热而涩小，必损其躯。
劳极诸虚，浮软微弱；土败双弦，火炎细数。
失血诸症，脉必见芤；缓小可喜，数大堪忧。
蓄血在中，牢大却宜；沉涩而微，速愈者稀。
三消之脉，数大者生；细微短涩，应手堪惊。
小便淋闭，鼻色必黄；实大可疗，涩小知亡。
癫乃重阴，狂乃重阳；浮洪吉象，沉急凶殃。
痫宜浮缓，沉小急实；但弦无胃，必死不失。
心腹之痛，其类有九；细迟速愈，浮大延久。
疝属肝病，脉必弦急；牢急者生，弱急者死。
黄疸湿热，洪数便宜；不妨浮大，微涩难医。
肿胀之脉，浮大洪实；细而沉浮，岐黄无术。
五脏为积，六腑为聚；实强可生，沉细难愈。
中恶腹胀，紧细乃生；浮大为何？邪气已深。
痈疽未溃，洪大脉宜；及其已溃，洪大最忌。
肺痈已成，寸数而实；肺痿之症，数而无力。
痈痿色白，脉宜短涩；数大相逢，气损血失。
肠痈实热，滑数相宜；沉细无根，其死可期。
妇人有子，阴搏阳别；少阴动甚，其胎已结。
滑疾而散，胎必三月；按之不散，五月可别。

十六、怎样候脉

历代医学家对于怎样候脉多有不同见解。耳听记问之年常是聆听师长的教诲，但通过长期的学习和临床实践，每人都会渐渐形成自己的候脉风格和方法。不管何法，只要更适应正确候脉就是好的方法。但掌握必要的规范和技巧还是需要的，一种好的风格可以增加候脉的敏感性，并有效地排除脉外干扰。

候脉并不是简单地把手指放在脉管上就可以把疾病感应出来，它需要医生经过艰苦的训练、反复的体会才能有所感知。要做到心手相应、运用自如，实践证明至少需要5年的潜心钻研。著名医学家李东垣言："夫诊候之道，医者之难精也，若非灯下苦辛，勤于记诵，参师访友，昼夜不遑，造次巅沛，寤寐俯仰，存心于此，安能知神圣之妙哉。"有些脉象，门诊一时难以见到，经常到病房去候一些危重病人的脉象，可迅速提高候脉技艺。如果能经常与同仁们相互切磋、交流与学习，快速进步是必然的。

（一）排除脉外干扰

温度对脉象的干扰

人生活在自然界，人的生命运动与自然环境的改变有着密切的关联。一年四季的季节变化，必定会对人体产生一定影响，促使人体不断地进行自身调节来适应外部环境的变化，脉象自然受到影响。

低等动物及冷血生物以蛰伏应对寒冷。人体则通过收缩毛孔、皮肤、汗腺、外加保暖衣服来御寒。天热时人体皮肤腠理开放,出汗、心跳加快,借此来散热。由于外界环境的改变,影响到人体的生理,因此脉象也会发生变化。观察疾病必须排除这些干扰,才能真正内窥人体。

季节的变化主要以气温的高低为形式,外界温度高,人体体温相应地也增高,外界温度低,人体体温也相对降低。一般体温每升高1度则心跳增加10次,脉象自然也数,反之脉跳趋缓。古人经过长期的临床经验总结,提出脉象变化紧随四时,顺应四季的变化而变化。春弦、夏洪、秋毛、冬石的脉象兼象是人体适应四时的脉象规则,也是正常脉象的一种存在形式。现在由于室内人工环境的建立越来越多,这部分人的脉象理当别论;同时随着全球气温的变暖,脉象也会顺应其变化而发生相应改变,这些都是候脉时应该兼顾的。

地理环境的影响

在不同地理环境生活着的人其脉象多不一样。我国江南人和大西北人的脉象就有差异。江南人的脉象稍微细软等,这是由于江南的平均气温高,气压低,空气湿润,人体皮肤腠理舒缓。西北地区人肌肤腠理紧缩,脉沉而关脉突出,这是因为西北地区高寒、空气干燥,同时北方人普遍食量大,脾胃功能强,爱食辛辣等。同理,赤道国家天气炎热,那儿的居民脉宽稍数洪;冰岛人地处寒冷,脉多实沉。人的突然迁居、行距过远,由于地球磁场等差异也会给人体造成一定的影响,脉象也会发生相应的变化。例如内地人突然飞到青藏高原,会出现头昏、心慌、胸闷、脉数

等。人种的不同,脉象也有变化。例如俄罗斯中年妇女的脉象与上海姑娘的脉象一定区别很大。这是因为俄罗斯中年妇女多发胖,乳房也大,所以脉较沉而关脉强,上海姑娘多节食而纤细,关脉多弱。

体格的差异

人种有别,同种人又有高矮胖瘦、体质强弱之分,脉象均不相同。就体高来说,脉道(手腕部的桡动脉)的长短与人的高矮成正比。人高脉应长,人矮脉亦短。黄种人脉道相对白种人为短、细、弱,而白种人的脉象相对为沉、长、宽、软、大。黑种人的脉长、浮而有力,这是因为黑人的皮下脂肪少、肌肉及体质强壮、血红蛋白多、气血旺盛,因而脉象充实有力。

从体质上讲,体质强、气血旺盛的人脉象充盈有力;而贫血、体质弱、久病、非体力劳动者脉象趋弱无力。胖人皮下脂肪多而脉多沉实;瘦人肌肤薄而脉多浮长。肌肉丰满的人和腹大腰圆的人关脉强。乳房大的女性及产、乳期女性关脉也强。瘦高个人脉长而浮,关脉稍弱。小而胖的人脉沉而短,等等。

劳逸差别

体力劳动者脉象强于非体力劳动者,尺脉及关脉也强。脑力劳动者寸脉强于非脑力劳动者。经常劳作及体育锻炼的人脉象常奔涌,安静时为宽缓。而非体力劳动者脉象多濡弱或稍数。

人在昼夜之间脉象也有改变,夜间脉象宽缓,白天脉象则强于夜间。急速运动后脉可疾促。大量运动后脉可

洪涌。中午午休后脉见宽滑。吃饭后关脉强,吃饭时脉体宽,节食时关脉弱。

年龄不同脉见参差

年龄不同,气血盛衰不同,脉象也不一样。小儿脉数,年龄越小脉搏越快,婴儿的脉跳可达120~140次/分,5~6岁的幼儿脉跳90~110次/分,年龄越长脉象越缓。青少年脉多滑,寸脉多强。壮年人脉多充盈有力,关尺脉偏强。老年人尺脉多弱。老人若尺脉洪滑多见长寿,老年男性尺脉出现豆粒状脉晕点则多见前列腺增生。

性别不同脉各有异

成年女性的脉较成年男性脉为弱且稍快。个小的女性有时脉象难容三指。因此,凡小个(一般身高在155cm以下)女性不容三指的脉,也应三等分部。应分出寸、关、尺脉而不应以尺脉弱或尺脉短论之。有生育能力的妇女,左寸脉和右尺脉多见浮滑。特别是在月经前后、排卵期或妊娠时。稍胖、双乳房又大的女性,双尺脉趋沉而双关脉浮强。

男子脉稍缓,70次/分左右,而脉力稍强,同时脉体亦宽大,尺脉多沉。

脉随情志

一过性精神刺激、激动、大怒、惊吓、恐惧等都会引起脉象的短暂改变。例如过度恐惧,心跳加快,冷汗出,脉可数、弦、细等,应视生理性反应而不应视病脉。长期的忧伤、生闷气则关脉可沉细。长期思考问题,用脑过多的人,如作家、教师、会计、医生、文秘等,他们的寸脉常较关、尺

脉为膨大而浮，但多见尺脉沉。

古人观察脉象常常与人的情志相关联。例如《医学入门》[14]说："喜伤心脉虚，甚则心脏反沉。思伤脾脉结，甚则脾脉反弦。忧伤肺脉涩，甚则肺脉反洪。恐伤肾脉沉，甚则肾脉反濡。"另外尚有"惊则气乱而脉动"，"怒则伤肝而脉多弦"，"喜则伤心而脉缓"等说法。

饮食而别

人在饥饿时脉稍缓而无力，特别是左关脉，饭后脉稍数宽有力，酒后脉洪数，甚者大而洪。长期饮食厚腻的人脉宽而浊，甚者宽浊而力。双关脉有力宽大而实的人多见食欲旺盛，口味好，消化好，吸收也好。有些高血压患者服降压药过量或服扩血管药物过量，脉宽大而芤。

有时病人可因食入某种食物而出现脉象的改变。例如过食冷饮脉趋缓，过食热食寸脉浮、脉宽。长期吸烟的人右脉浮。长期食辛辣的人左寸脉浮。长期便秘的年轻人左尺脉实。老年人左尺脉短、沉、细等多见肠功能的紊乱。减肥的女性，关脉多弱，同时脉力也弱。

寸口不等

双寸口脉常不相同。在脉宽上，右手脉宽于左手脉；在脉力上右手脉大于左手脉。这是因为上肢动脉在主动脉分支时的角度大小不一样而导致，左手脉因腋动脉分支角度小，动脉内压力小于右脉。正常情况下，右脉压大于左脉压 10mmHg。一般左寸脉强于右寸脉，右尺脉强于左尺脉。

有时一侧上肢动脉脉道上出现病变，则该侧脉力明显

改变。例如左腋动脉瘤，脉管炎可导致左寸口脉减弱和消失，我们称其为无脉症。有人桡动脉分支早可以出现双寸脉。也有人的桡动脉长在寸口背面为反关脉。有时还见脉体的过长等。这都是正常的解剖变异，不应以病脉视之。

（二）树脉风

养成良好的候脉风格，一是可以体现医生的素质和修养，二是可以增加病人对医生的敬仰和信任。候脉时应态度认真、静心静虑，视精神、察五色、听声音、按寸尺、问所苦。通过望诊及切诊，门诊绝大部分病人可获得满意的诊断。若医生切脉所获的资料不满意，可通过问诊与病人交流。交流的语句应言简意赅，干脆利落。医生应认真听取病人与其疾病有关的陈述，引导及顺应病人，道出其疾苦。

对病人作出诊断应深思熟虑，不可轻言论病。更不能口若悬河，夸夸其谈，唾沫飞溅，甚至七上八下前后不能照应。应安详处治，忠言详告，举止大雅端庄。对于一时难以明断的疾病，语言要留有余地，争取病人按医生的要求去行进一步的理、化检查。那种候脉操作时衣帽不整，袖口及指甲漆黑，与病人交谈时左顾右盼、挤鼻弄眼或与叼烟嚼食、心猿意马或油头滑脑，动作轻浮皆有游医之嫌，皆为庸医之属。李东垣言："轻谈言笑，乱说是非，左右瞻望，举止忽略，此庸医也。"

如望诊及切脉仍对疾病不得明了时，可再行体格检查。体格检查可借鉴触、叩、听诊之法。采用望、切、问、触、叩、听六诊的相互参考，取长补短，补偏救弊，借以完成正确的诊断任务是我们提倡的。当然在六诊中，切脉是首

要的方法。

（三）候脉方法

一般在清晨未进食和活动前候脉为最佳。因为此时病人的内环境没有受到干扰。如无此条件可让来诊病人休息 3 ~5 分钟再候脉，如果有的病人剧烈运动或紧张，可让病人多休息一段时间方可候脉。寒冷及危重病人可卧床，待保暖后或安静时候脉。候脉时室内应安静，避免对病人心理影响及分散医生的注意力。当然在特殊条件下医生应不拘泥于条件的限制去候脉，如病人休克、外伤及其他紧急状态。

如果采取坐位候脉，医患之间均应端坐。病人的上肢外展大于 60 度为佳。手放的高度与心脏平齐。手背放在脉枕上要自然，腕腹部不要绷紧。绷紧后将增加对濡脉及虚、细等脉的候诊难度。肩关节不能内收，上肢应舒展、放松，总之上肢动脉不能受到压迫为好。

如果采取卧位。上臂亦外展，自然放松，病人面朝上，手腕下亦可放松软的脉枕。医生也可以右手端起病人左手候脉。

医生如果能养成一手候脉的习惯还是应当提倡的。经常训练一只手候脉，可专一地找出那种感觉，增加敏感性。比如医生如果养成左手候脉，右手写病历，开处方是较合理的安排。左手平时做事比较少，皮肤细腻，敏感性也强。

医生的布指也是有讲究的。人的指目最敏感，候脉应当把指目接触在脉管上。一般中指指目先放在桡骨茎突内侧的位置为关脉。见图 17。

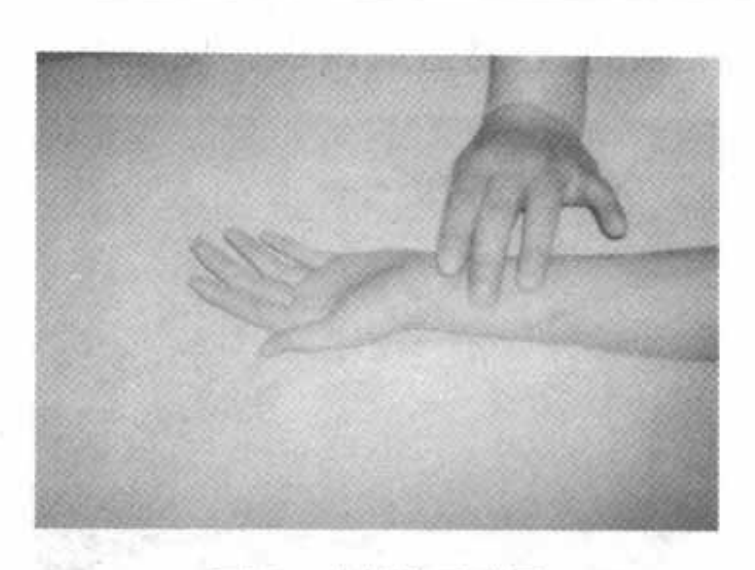


图 17 中指先及高骨

紧接食指候寸脉，无名指候尺脉。医者三指指端应平齐，同在一个水平面上。布指的密度应根据病人的高矮适当调整手指的间距，病人高大则疏布指，病人矮小应密布指。见图 18。



图 18 余指齐布

拇指应自然放于病人手腕的背侧，在感觉脉位时不是用三指直接的下按，而是食、中、无名指与拇指的对指，这种按法较直接下按的准确，特别是感应脉力上非常重要，

因为脉枕是柔软的，容易造成误诊。见图19。

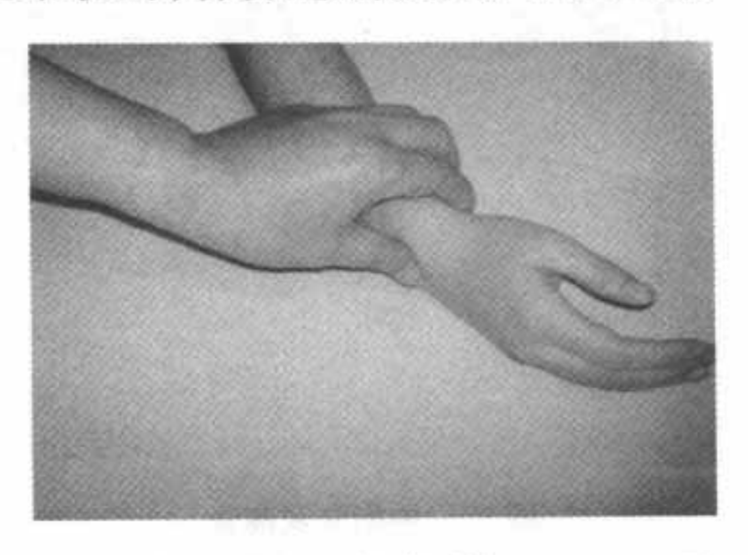


图19　拇指对指

三指与拇指同时对指称总按。三指分别与拇指对指为单按。总按、单按各有意义；总按可感应人体气血的总体状态，可感应出寸、关、尺三部的脉力，脉位之差，还能感应脉的节律、紧张度、均匀度、脉位、脉率、脉力、节律、宽度，并可行三部的比较。单按可独视人体各脏器并比较、推断疾病脏器之所在。单按是对总按的进一步求证，单按更适应于脉晕点脉法。

候脉五法即：举、按、寻、推、抠。举、按、寻是前人的教诲，元滑寿的主张。举为轻循之或是轻按而后抬指借以感应脉管对手指的浮力，举也可称轻取。按：重手下按、亦称重取。不轻不重而取之为寻，亦称中取。举、按、寻基本可候出脉的九个脉素，即脉势、节律、脉率、脉位、粗细、脉紧张度、脉的长短、脉流利度和血液的成分改变、脉晕点及双手脉的异同。当然上述脉感只是脉的顺向脉感。脉的横向脉感可通过抠、推二法得之，如果是边脉更应掌握抠、推二法。

推:即医生用手指把脉管前推,以感应脉的外越力量及脉管的纵向抗力。抠:是用手指把脉管往医生方拉回,也可感应脉管的外越力。此二手法对诊断弦脉、芤脉、紧脉、边脉有一定的意义,特别是边脉及芤脉的感应更需要此二法。

若重点体会某部的脉感,也可用一指单按某部,其他二指同时抬起,例如双寸脉与关脉的感应。若尺脉沉,可同时将寸脉、关脉按下,然后无名指才下按。临床上候脉时需要各指的相互配合,总按、单按、总寻、单寻、总举、单举、总抠、单抠、总推、单推。各法相互切换,灵活使用。若诊小儿寸口脉可一指总揽三关,不必赘分。有时小儿的脉象也同成人一样丰富多彩,三分脉体极有临床意义。

候脉应坚持一定的时间,大约 1 ~ 3 分钟,古人称 50 动。要求医生心中一定要数脉搏 50 次,最好 60 次以上。其临床意义在于候脉时间过短可致许多脉象的漏诊,例如代、结、促脉及十怪脉常因候脉时间短而漏诊。候脉时间略长也可免去草率从事之嫌。

意候与微候

中国山水画有大写意与工笔之分。候脉其实也是门艺术。怎样候脉？这是历代医家普遍求索的难题,意候、微候事实上也还是脉诊的常见方法。

——意候:这里的意思是大意、会意,整体候脉之意。传统脉法 27 脉,主要是意候。取脉体及脉势之大体,了解脉象整体的变化,来应对人体整体气血及生理改变。该法对研究人体疾病的性质、判断证候、阐述病机、疾病的预后有重要意义。但它也存在着一定的不足。例如,指病泛泛

不能具体到病种，一种脉象多种疾病，几种疾病一种脉感，传统脉法病、证与现代医学的语言也需要汇通，等等。事实上，历代候脉名家及名医都认为将脉象抽象到某一病及某一证是对脉象的曲解，但翻开历代医学著作，每一位医家都在尝试这方面的工作。

当然传统脉法临床应用几千年，传遍世界各地，肯定有其自身的生命力，笔者这点脉技也得之于该学。如果没有传统脉学这一母学，也不可能演化出《脉神》这个子孙。传统脉法虽取大意，但她是我们学脉的基础。只有打好这门基础，候脉才能有更深的创意。27 脉如同英语字母，没有 A、B、C 就难有西方语言文明。同理，没有传统脉学这一母学，我们就难找到脉中的“小人”。

意候的方法，也就是传统脉法的候脉方法，除 27 脉、十怪脉之外，也加边脉、浊脉、击脉、风脉、奇脉、漾脉、潮脉等。

——微候：微候应包括两个部分。第一部分也就是在 30 余脉象中的寸、关、尺的分部候脉法则，详见病脉章及历代脉学著作。

微候的第二部分是指脉每一脉分割成 3 乘 12 份来进行候脉的一种脉法。更精确地说，是把寸口脉在浮中沉三个不同平面（脉位）上各分成 12 份来精确地候脉。如此候法可精确到某个脏器的脉象。形象点来说是把脉中的“小人”，从头到四肢，从腹前到后背，从内脏到外表，三维立体的触摸，这就是脉晕点候脉法则。在脉晕点候脉法中大体脉作为人体大环境并加以辨证，脉晕点作为寻找疾病脏腑的标志。如此候脉既能立即诊断出什么脏器有疾病，

同时又能了解这一脏器的疾病对全身有什么影响，这就是意候与微候的精髓。不过这里浮、中、沉的概念并不完全等同于中医脉诊的浮、中、沉。《脉神》的候脉法则是全息脉法。把浮位看成是圆的边，候脉时在脉的边缘了解机体的体表和浮位器官以及疾病的初级阶段。把沉位看成是圆心，在沉位寻觅实质性脏器和疾病的严重状态。把中位看成是疾病的恢复期或亚临床状态。

实践证明，这种脉法一般情况下都能准确地指出疾病的脏器所在，能具体说出什么病、在什么位置、是哪一脏器。如果是多种疾病同时出现，尚可分出疾病的主次，也能立即识别疾病对全身的影响，当然这需要长期的候脉经验总结。

微候的方法：一段桡动脉，长不过5cm，粗不足5mm，要分成3乘12份简直是天方夜谭。就是分成了这么多份，三个手指要把它们的脉象感应出来也是不可能的。这需要我们医生详于其功能而略于其形体，不断地挖掘自身的潜能，通过一定时间和方法的训练，还是有可能的。只要我们经常锻炼，不断提高，就可熟能生巧，举一反三，触类旁通。

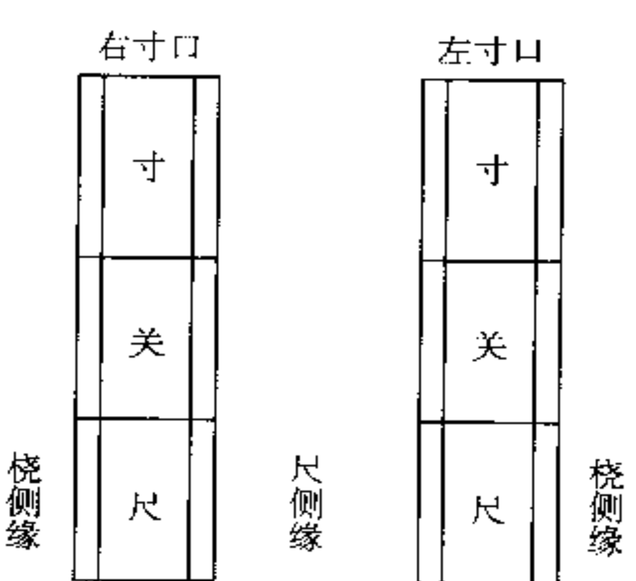
❖心中有图。微候脉必须把"寸口脉器官分区表"牢记在心中，方可清楚寸口脉上各脏器的具体位置。候脉时当指触到各脏器的脉位感觉出现了与整体脉象的不同，例如脉力的增强、减弱，脉管的粗细不等，脉位的沉浮有别，脉的紧张度异常，脉的流利度有独等皆为相应脏器有疾病的可能。见表6。

表6　寸口脉器官分区表

	浮	沉	浮	浮	沉	浮	
寸	枕后软组织	颈部颅内	额面	额面	颅内	枕后软组织	寸
	后背、软组织	胸中胸椎	前胸	前胸	胸中胸椎	后背软组织	
关	后胸软组织	右上腹内胸椎	上腹前	上腹前	左上腹内胸椎	后胸软组织	关
	腰部软组织	右中腹内腰椎	中腹前	中腹前	左中腹内腰椎	腰椎部软组织	
尺	上下肢近端软组织	髂内骶椎	小腹前	小腹前	髂内骶椎	上下肢近端软组织	尺
	上下肢远端软组织	下肢	会阴前	会阴前	下肢	上下肢远端软组织	

右手脉　　　　　　　　　　左手脉

桡侧缘　　　　　　尺侧缘　　　　　　桡侧缘



说明：

A. 表中左右内侧为人体面、颈、胸、腹、会阴的正面投影区域。其脉感在双寸口脉的尺侧缘。如面部、颈前、胸前壁、肺、心、乳房、胆囊、胃、肠道、膀胱等均在此层，其脉位见浮，感应此脉轻手即得。

B. 左右寸口脉的中位是人体内部器官的脉气。如颅内、鼻窦、甲状腺、肺部肿块、肝、脾、胰、子宫、前列腺及肠道气位情病变，脉位于沉，感应时应按而得之。

C. 人体侧面及后背软组织病变，其脉气常常显示在脉道的桡侧缘，居浮位，感应其脉感则轻手即得并需双手合参。

“寸口脉器官分区表”是对寸口脉的进一步分区，看上去复杂，如果此表人格化，记忆起来并不困难。

为方便临床使用和记忆，特拟“寸口对应器官表”。仅供参考。见表7。

表7 寸口对应器官表

额面	前额、五官、鼻咽、眼、三叉神经、牙周、舌、副鼻窦、印堂穴区、人中区
颅内	耳、颅中、耳大神经、腮腺、头维穴及运动区
枕后	小脑、头皮、风池穴区
颈中	甲状腺、扁桃体、咽部、喉、声带、颈前淋巴结、甲状旁腺、主动脉窦、气管、扶突穴区
项后	颈部软组织区、颈椎、肩周、肩井穴区
前胸	左咽、右气管、左心、肺、纵膈、食道
腋胸	右肺、左心、心包、胸膜、腋淋巴结
后背	肩周、肩甲区、颈椎、后背肌肉筋膜
上腹部(浮)	左：胃、胆、左乳房、左胸肌、腹肌、 右：胆、胆道、胃、右乳房、右胸肌、腹肌
右上腹内(沉)	肝、肝内胆管、淋巴、胸右侧肋神经、胰头部、门静脉、侧6－12胸椎、右肾、肾上腺、
左上腹内(沉)	脾、脾门、淋巴、肝左叶、左侧6－12胸椎、左肾、肾上腺、肾

续表

右后胸区	右侧腋胸后背部肌肉腱膜及神经无菌性炎症
左后胸区	左侧腋胸后背部肌肉腱膜及神经无菌性炎症
右腹前(浮)	胃小弯、胰腺、十二指肠、肠
右中腹内(沉)	升结肠、回盲部、肠系膜淋巴结、结肠右曲、横结肠、右肾、右肾上腺及腰椎
左中腹内(沉)	乙状结肠、肛门、盆腔、左肾及左肾上腺腰椎、左输尿管
右腰	右侧腰背部肌肉腱膜及神经无菌性炎症
左腰	左侧腰背部肌肉腱膜及神经无菌性炎症
小腹会阴	泌尿、膀胱、肠
髂部	髂、臀部病变
上下肢远端	上下肢远端、足、手病变,直肠、生殖、附件

需要说明的是:

○一般左颈中及胸前区同时浮数多咽部疾病,右颈中及胸前同时浮起为气管病变。

○心区一般范围多较大并覆盖左颈中、项、胸前、腋前。

○胆及胃部病变应左右手合参。

○肝居右上腹,脾居左上腹,其浮位是两则乳房。

○左尺下多见肛门、直肠、泌尿病患,右尺下多主生殖系统病变。

○边脉、浮为软组织病变,沉为脊柱病变。弦紧弦如刀刃则病重,细弦、弦虚趋轻。发生在一侧为同侧病变,两侧同时出现为颈椎、脊柱病变。发生在一侧的尺缘及另一

侧的桡缘为桡缘同侧的病变。若单侧尺缘出现边脉也见于锁骨、胸骨柄区神经及腹部软组织病变。

○下肢与尺脉为同区。尺上区为上下肢近端、尺下区为上下肢远端。笔者认为:尺脉虽然是近心端也是血来之处,但就脉气来说,是人体脉气的远端。人心脏的射血力量来自于心肌收缩力,当心肌初始收缩时的力量最大,它顺应主动脉弓及其分支的血供信息,只有这种功能状态血流才能克服脉管阻力、疏通微循环。心肌收缩中间阶段顺应人体的腹腔动脉供血区域的脉气。

❖一指多候。人的手指以中指最敏感,而一指的指腹区最敏感,指腹区以指目最敏感,指腹周围指感稍次之。候脉时应把食指、中指、无名指的指目对准寸、关、尺相应部位的中间。三个指头除指目派上用场以外,指目的远、近端二指的侧边都能派上用场。例如食指指目候寸的颈中区,食指的拇侧缘候寸顶端的额面区。食指的远心端候右脉的尺侧缘,左脉的桡侧缘。食指的中指侧候前胸、腋区。中指、无名指类推。

候脉时一指多用,敏感区应对敏感区。左手候脉这只是笔者的候脉习惯,读者也可自我取法,不可拘泥于一招一式。

初用此法候脉时,有时你会有脉象并非像寸口器官分区表那样明显对号入座。例如上呼吸道感染一病:表现为双寸关脉浮数,但若经过长期的细致感应,慢慢地就会分辨出头、鼻、咽、气管的脉气了。比如说,上感是双寸脉浮,合并有头痛时是双寸脉浮的基础上寸脉的远端出现二枚豆样搏动的脉晕点。若一侧寸脉远端出现该脉晕点则为

同侧偏头痛。合并鼻窦炎时与偏头痛的脉感不易区分,但多伴脉滑数。咽炎多见双寸脉的浮合并双寸尺侧缘脉力的增强。有咽炎及气管炎的病人,特别是气管炎的病人以咳为主,这需要脉证的合参。如一时难以感应,取其会意也是可取的,经验可慢慢总结。

❖点脉结合。点脉结合,是指通过对脉晕点的感知,当清楚疾病的脏器所在以后,结合35脉来完成对疾病的最后诊断。点即脉晕点,脉即35脉。点脉结合的点有定点定部位的作用,而传统脉有定病性、病机、病理、病程、预后等作用。例如:

○左耳区脉晕点减力(局部脉力减退),脉象细、虚、涩、迟、诊断为听力下降,耳鸣、耳聋、鼓膜内陷、中耳炎等。

○左耳区脉晕点无脉:脉涩、虚、诊断为耳聋。

○左耳区脉脉点增强,脉象细、弱、虚、濡,诊断为耳鸣。若脉晕点搏指,伴脉涩脉牢,应排除脑肿瘤。

○双前额面区脉晕点增强,脉象细、弱、虚、濡,诊断为神经衰弱。休息不佳,失眠多梦等。

○双前额面区脉晕点增强,脉象促、涩、左寸桡边脉,诊断为上感、头痛等。脉弦、弦细等应排除精神性疾病。

○一侧额面区脉晕点增强,脉滑或正常见于偏头痛、鼻窦炎、眼炎,也见同侧牙龈炎。

○一侧额面区脉晕点增强,脉涩见于神经痛、偏头痛。

○双额额区脉晕点增强:脉浊、脉弦、紧、诊断为高血压头昏,老人脑血管动脉硬化、脑供血下降。

○双额颞区脉晕点增强,双寸脉浮、滑,诊断为晕车、晕船、呕吐,严重者关、尺脉细弱。

○寸脉晕点增强合并桡边脉,脉见弦、紧、结、代、促、涩、漾,可诊断为心肌梗死等。

○左寸脉晕点沉弱,脉象浊、弦、紧,诊断为冠心病、动脉硬化。

○左寸脉晕点沉弱,脉象迟、缓,诊断为心脏传导阻滞,心肌供血下降。心电图 S－T 改变,T 波改变等。先天性心脏病,如室间隔缺损等,若病人出现杵状指则以先心为主。

○左寸脉晕点沉弱,脉象涩、促、奇,诊断心包炎、先天性心脏病。

○双寸脉晕点沉弱,脉象结、涩、浊,诊断为脑供血不足,或见于记忆力下降,听力减退或耳鸣、胸闷等病症。参考病脉点歌诀,这里限于篇幅不一一赘述。须知,点脉结合诊断疾病,尚需大量的临床研究与探索,笔者的工作只是抛砖引玉,唤起后学。

❖剥葱皮与开抽屉。候脉应心脉相照,脉人结合,脉象既然从寸脉到尺脉分成若干区域,在候脉时也应采取相应的手法。如从头区到尺下区水平方向共分为 6 层区域,在脉象的纵向候脉时应采取开抽屉的方式和方法。每个抽屉(区域)相互比较其脉象组成要素的不同。比较区与区之间、区与部(三部)之间、部与部之间的异同。

脉象既然有前后、内外之分,又有浮、中、沉之分。那么在候脉时我们可采用剥葱皮的形象比喻。按脉位、前后把脏器脉解剖开来。我们的先人曾提出六位脉法或更多的脉位分解法,也诏示后人候脉应层层剥皮,借此发现病脏所在。一般寸脉仅分浮、沉二脉位即可比较头、面、颈部

的病患，而关尺脉，则应分浮、中、沉三位。

例如关脉：在女性浮位候乳房、胃、胆、肠，沉位候肝、脾、肾、脊柱。出现关脉上的边脉为胸、腰部病变为多。关边脉为浮位则表示为腰背部软组织病变（背部皮肤的、肌肉的、筋膜的、神经的）；若脉位于沉则此边脉则是脊柱的增生性病变。

尺脉：尺脉在浮位上可候及腹壁、肠管、膀胱等病变。在沉位上可候出腹腔肿瘤、生殖炎症，还可推断人体下肢的功能状态。

脉象还需从左到右或从外侧到内的候脉。例如边脉出现在左寸桡侧，为左肩周炎。边脉出现在二寸脉的桡侧为颈椎病。边脉出现在左寸脉的桡侧，同时右寸脉的尺侧缘也出现边脉，则提示患者左后背软组织有病变。若单纯寸脉一侧尺侧缘的边脉则是胸前、上腹壁软组织或对侧肩部病变。一般脉象的桡侧缘为人体后背及躯干两侧组织脉气，有时内脏的牵涉性疼痛也在该区域。尺侧缘为人体胸、腹前脏器的脉气区域。

总之，剥葱皮、开抽屉候脉法只是横向及纵向剖析脉象的方法，更主要的是候脉应三维思维，以人体比拟脉象而取之。

❖脉人合参，脉证合参，双手合参。正常情况下，候脉除脉证合参以外，在获取脉象的方法上双手合参脉象非常重要。一般说来，人体左、右寸口脉力，脉位等九大要素是基本相同的（其解剖学上的脉力、管径差异为右大于左，但这点差异临床上可忽略不计，视为均等）。而病脉往往就存在于脉象要素的差异中。

一般双手合参,主要应了解两手脉象的尺侧缘(寸口脉器官分区表)的差异,寸、关、尺各部间的差异,两手脉象桡侧缘的差异。差异的内容为九种脉素的异同。

○双手合参尺缘脉。脉象的尺侧缘是指两手脉的内侧(尺缘)部分,不是指尺脉。双手合参尺缘候脉主要应合参左右寸口尺缘的九大要素脉感。脉象的双尺缘主要感应人体额面、颈前、胸前、腹前诸多脏器,也就是人体空腔脏器的脉气。寸脉尺侧缘多为前额区、面部、颈前、前胸各脏器的脉气所在。关脉尺侧缘多为上、中腹部脏器的脉气所在。尺脉尺侧缘为小腹、会阴、下肢内侧组织的脉气所在。

咽炎与气管炎,肺部肿瘤与心脏、颈淋巴结、甲亢、甲减、扁桃体炎症的鉴别,通过脉晕点出现的位置,脉象的脉力、脉宽、脉势等不同进行鉴别。一般寸脉的脉位仅限于浮沉。浮、沉或二手不等,脉力过强、过弱,两寸不等脉、不等宽,流利度不等,紧张度不同,长短不一等均为寸脉应对器官的疾病脉象。例如,左寸脉的尺缘脉浮于右寸尺缘,或两寸尺缘均浮起,多见以咽炎病为主。若脉数见于急性咽炎。若右寸尺缘脉浮多为气管炎病变。

○关脉,双手合参尺缘脉更为重要。借双手合参可以区别腹部空腔脏器的疾病所在(实质性脏器的脉象较易区别,而空脏脏器的脉象较难鉴别)。例如胆囊、胃二脏器,脉位在浮,部位于左、右关,它们相互为邻,其临床症状相仿,有时两个脏器的病变相互影响,互为因果。慢性胆囊炎可导致慢性胃炎,慢性胃炎也可影响胆的功能。合参双手之脉,要求我们从脉象的九大要素上鉴别出两脉与整

体脉象的异同，若明显差异者即为病脏所在。慢性功能性减弱性病变，若左关沉陷明显异于整条脉管应是胃患，若是右关减脉力，明显于整条脉管，则胆患的可能性为大。特别是右寸关脉边脉合并右关脉绿豆样脉晕点对胆囊疾病的诊断有特异意义。临床上也多见右寸关脉桡边脉、左寸关尺侧缘边脉同时出现或该部的浮位出现脉晕点。凡是功能亢进性疾病、急性炎症病变，右关脉位的浮，脉力的强，出现流利度、紧张度、脉的长短、脉的宽窄，明显异于脉管，则多见胆囊病变，否则为胃部疾病。这里还应该特别注意的是女性，双关脉浮应首先考虑为乳房疾病，特别是月经前。

就尺脉来说，尺脉的尺侧缘多为肠、膀胱、子宫、前列腺、直肠的脉气。若急性炎症表现为脉的浮起，若慢性增生、肿瘤、水肿则脉力多增强，若流利度的改变伴脉力的增强要注意鉴别占位性病变的存在。正常情况下，男女左尺脉均偏沉、弱。若左尺脉的脉气特异均应行左腰、左腹、乙状结肠、直肠、左臀、附件、盆腔等部位的详细检查，而女性则以左附件或妇科病为多见。若左尺脉击多见妇科炎症或泌尿系炎症等。

○关于寸、关、尺部的脉象差异。事实上古人对此种差异已经研究得比较透彻，只是在脏腑的分属上与笔者的经验脉法有异。我们殷切地希望各位同仁在候脉时要时刻将寸口脉与植物神经分布范围和动脉供血范围相联系，理解气、血的本质。理解寸、关、尺脉气分部的实质。

○关于双手合参候桡缘。脉的桡缘是人体两侧面各组织的脉气。比较两手桡缘的异同对鉴别后背组织的病

变所在和人体侧面组织的病变所在以及内脏牵涉性疼痛性病变有十分重要意义,甚至有立断疾病所在的效果。

○关于合参双脉的内容。

►脉力:通过对二手脉力的比较,寻找疾病的所在,是较简单的候脉手法。就脉力来说,二手脉总体有明显区别时,脉力过小与过大为病变所在。例如一侧脑占位、出血导致一侧肢体的功能障碍(半瘫),脉象会出现患肢侧的脉力明显减弱,而其脉的寸顶端额、颞、枕区相对正常。

例:左腰椎间盘突出症的脉象表现为:早期左关尺脉的桡缘或难分桡缘的脉力明显增强于对侧(同时左拇趾背伸力减弱),这是神经受压迫后神经的刺激现象,而慢性的腰椎间盘突出症则以关尺脉的减弱为主。又例:右寸脉桡缘的脉力明显减弱,诊断为右耳听力下降,耳聋耳鸣、耳膜内陷等。多提示由于二手脉力的不同而对应某处的疾病所在。

二手脉各部的脉力最强最弱处为疾病之所在。

►脉位:通过二寸口脉位的异同寻找疾病之所在。若一侧脉位过浮、过沉或一侧脉的寸、关、尺某部脉的浮、沉异常均提示疾病之所在。

例1,右关脉沉于左关脉,同时整体脉象浊实,可诊断为脂肪肝。

例2,妇女左关脉明显浮于右关脉,这是因为女性左乳一般均大于右乳,这与其解剖学有关,月经前期可诊断为左乳腺增生。而月经期的脉象又为右尺脉的浮滑,左寸脉的浮滑也是脉位的差异。

例3,左尺脉的沉、弱,有慢性结肠炎的可能或大便不

规律的现象，还见于左膝关节功能的不足。右寸脉的明显沉、弱，有慢性支气管炎，支气管哮喘，慢性肺功能减退疾病的可能，甚至右耳听力下降、耳鸣、耳聋的存在等。

►脉势：二侧脉势的不同，异处为病。有时脉的来势或脉的去势不同也提示疾病所在。

例如，右尺脉独洪或浮洪，提示泌尿系炎症；左寸脉去势中有条索状枪击感，为左侧头部血管性头痛，古时又称"寸上击"；而双寸的击脉应排除颈部大血管狭窄的可能。

►双脉合参较管径：正常情况下双手脉管径是基本等同的，若独粗、独细、独膨大均为疾病所在。

左寸脉额面膨大，为左额偏头痛，若左寸部膨大则尚应考虑有心脏病的存在。左关脉独细为慢性胃炎，免疫力低下等。左尺脉桡缘边细脉为左下肢酸软、麻木无力，多见坐骨神经病变。一般两只手脉管管径粗细的比较方法为：

双寸口比：比较两寸口脉管的粗细，过粗、过细为病侧。双寸口比应按部来比：应寸比寸、关比关、尺比尺或寸关比对侧寸关、关尺比对侧关尺等。

►双手合参较长短：正常情况下双手脉象是等长的，若一侧脉象的独长独短皆为病脉所在。或左寸长、或右寸长，或左寸短、或右寸短，或左尺长、或左尺短、或右尺长、或右尺短等，均是病脉所在。脉长为热、为实，脉短为虚、为郁。长短殊于何处，何处有病，何脏有病。如左寸脉短，多见心供血不足，左耳听力下降，若合并有关尺脉的明显减弱则多见右偏瘫之风脉。

►双手脉合参较紧张度：正常情况下两寸口脉的紧张

度基本相同,异常情况下二脉明显差异。如左关脉紧,有因肝脏疾病导致胃肠功能障碍、消化机能减退、呕吐纳差等症状,也见胃肠本身的病变。又如右尺脉的细、弱、濡、虚等低张力脉,在女性多有月经不调、卵巢机能减退、性功能障碍、慢性妇科疾病、不孕症等疾病。

► 合参双脉寻独异:正常情况下二手脉象九大要素基本相同,若一侧脉象发生了特殊的改变,均提示相对应部位出现疾病。例如右关脉出现芝麻点样脉感或出现该点伴右关桡边脉或左关脉尺边脉,右关脉桡边脉或出现该点伴左关脉尺边脉,此几种脉象都应排除胆石症。关尺脉交界处出现芝麻点样脉感提示肾输尿管有结石,有时这种异常的搏动点带有"彗尾"更是结石的特异脉感。右寸尺缘及左寸尺缘出现边脉提示前胸软组织或肋神经、软骨、胸骨疼痛。右尺脉的独洪应排除泌尿生殖系炎症、肿瘤等,均为脉象中出现异于整条脉象的特殊脉感。

总之,双手合参两侧脉管也是候脉诊病的重要方法,我们不仅要注重对人体脉象的感应,还应三维立体全面地分析脉象的变化,扩大对脉象研究的视野角度,力争捕捉到更多的脉象信息。

❖诊脉的几点经验手法。当我们手触脉管时,脉象上有无限的信息,怎样从纷纭变化的信息中辨别出我们所需要的资料呢?又怎样在脉象中挑选最主要的疾病去加以诊治呢?这是徒手诊病面临的重要课题。古人提出27脉,十怪脉。就是说病脉有27种,这27种脉象是古人从纷纭变化的脉象信息中提炼出来的脉象精华,只要你触到此种脉象,就等于找到了病脉。

○在阳性脉中抓寸关的太过。在阳性脉，即浮、洪、浊、芤、濡、革、散、数、滑、动、促、疾、实、紧、弦、长、击、风等脉中，应重点在寸关二脉上寻找突出的晕脉点，凡明显强于或弱于整条脉管的脉晕点均应视病脉所在。这是因为阳性脉多为阳气外越性病变的脉象。头面、颈、胸、上腹部皆为人体生命器官，当人体生命脏器疾病时出现了阳性脉，多是严重状态。例如：双寸脉浮，寸顶端额、颞、枕区出现膨大如黄豆的脉晕点，可诊断为上呼吸道感染、头痛或头部病患出现了发热。此时尺部脉象虽然相对为沉，但可作为次要脉象弃之，这是因为寸关脉的浮起相对的情况下尺沉。有时病人的尺脉及关脉沉细而寸脉独浮可诊断为胃肠型感染，这是因为关尺脉的沉、细脉素明显。

例如，病人脉浊、左寸脉沉、右关脉沉及右尺脉沉细，诊断为高血脂、冠心病、脂肪肝、脑中风前兆、性功能减退、右下肢功能减弱、麻木症状等。在此脉象中，脂肪肝及性功能减退可次求之而直取冠心病、高血脂及脑中风前兆为要。

○在阴性脉中抓尺关之过。在阴性脉中应重点关注尺脉及关脉的太过。这是因为关、尺二部为脉之胃气，为脉之根。阴性脉多主人体机能的低下，在各器官功能不足的病变中再没脉根，改了胃气，多预示疾病的风险。在阴性脉中对脉晕点的无力、太沉、太弱、太虚、太细等皆为病患所在。

○多枚脉晕点共振求其大。许多脉晕点同时存在时，应注意较大的脉晕点，而舍弃体积较小的脉晕点。例如病人的双关脉中都出现了脉晕点，右关的脉晕点为大，应检

查肝、胆、胰病患;若左关的脉晕点为大,应检查脾脏的大小、胃部占位、颈淋巴结。若出现贫血还应检查血小板,排除因脾功能亢进而导致的一系列临床症状。

○多枚脉晕点挑其强。在众多脉晕点中,应抓最有力的脉晕点。许多情况下,脉晕点最有力处为病处。例如:双关脉晕点脉力强于整体脉象,同时左尺脉出现一枚强于脉象的脉晕点,如果左关脉晕点最有力应检查尿酸,排除痛风疾病,并可根据左关脉病脉点的脉力、大小来辨别痛风疾病的轻重。若左关脉晕点减弱,则痛风病的病情在减轻;如左关脉脉晕点不明显,则提示痛风病痊愈。若右关脉晕点脉力强,则重点检查肝、胆,排除肝胆系统疾病,如重症炎症、占位、肝硬化等。若左尺脉脉晕点力最强,应重点检查尿糖、血糖,排除糖尿病。也可根据左尺脉脉晕点的脉力来判断糖尿病的轻重,如左尺脉脉晕点增强,则糖尿病较重;若左尺脉脉晕点脉力减退,甚至同于整条脉管脉力,则可认为糖尿病病情得以控制。在浊脉上或细数、滑数脉上寻左尺脉晕点对糖尿病的诊断更有意义。

○抓无脉。脉力最弱甚至无脉的脉晕点往往是疾病之所在。例如:左寸脉晕点的明显减弱,应检查左耳的听力或 CT 检查脑部排除左脑的缺血、脑组织的软化等。左寸脉晕点无脉尚应检查心脏,排除心脏疾病,例如心脏的传导阻滞性疾病、心包炎、心肌缺血、冠心病、先天性心脏病等。

○抓独异。脉的独异多见病处。例如:寸关脉基本正常而尺脉独细应重点检查胃肠、妇科及下肢关节疾病,特别见于右尺脉。但凡右尺脉细弱者,多有肠道疾病、月经

淤滞量少，若是妊娠女性多有流产、早产的可能，女性40岁以上往往见下肢骨关节酸软以及手术切除了子宫、卵巢或便秘或慢性结肠炎等。但凡左尺脉独强者多见泌尿、生殖系统疾病。若脉象中尺关二脉正常，寸脉独粗、独细，应重点检查心肺、五官、脑部疾病。若寸尺二脉正常而关脉独异，应重点检查肝、脾、胆、胃等疾病。过沉过弱则应排除手术摘除了某器官，特别是实质性脏器。若右关脉的脉力强，应排除结石、占位、硬化等疾病。

○多枚脉晕点共振。多枚脉晕点同时出现，常常提示某种病变，如上述的扁桃体炎、淋巴结炎、血液病、代谢性疾病，其脉晕点的显现常有一定规则，抓住这一规律，认识这种规律，对疾病的诊断可能达到立竿见影的诊断结果。

总之，对寸口三部中独沉、独浮、独大、小、滑、涩、强、弱、无脉、实、虚、芤、弦、紧、洪、击、粗、细等异常脉象均应重点检查人体相应之脏器，而多数情况是病患之所在。

脉人合一

在脉象产生原理一篇中我们描述过，人手握拳相似于人体，手腕部的组织结构相似于人体腹部及躯干。《全息医学大全》中说："——全息医学中的全息元是一个强调其上存有整体全部信息的概念，这里强调的是人体的某一'碎片'（人体的某一局部）的具体形态，这和中医中的其他概念一样，是详于功能而略于形体的概念。"李莱田教授等关于医学全息元的精辟论述，告诉我们，用全息医学的眼光看待脉象，不是单纯强调桡动脉的具体形态，而是应详于其功能而略于其形态。从直观的形态上看不出桡动脉与其他动脉血管有什么两样，但通过对桡动脉所表达

的脉象加以研究,我们惊讶地发现它囊括了人体的生命信息。在长期及大量的临床实践与研究中,我们越来越清楚地认识到,所谓的候脉就是候人,就是在摸我们手腕部的“小人”。一侧寸口脉就是躯体的半身缩影。天与人合一,人与脉合一。这如同观看三维立体画一样,只要你掌握了方法,就能看出画中之画。只要你心中有人,知道病人的脉中有人,你的指下也会感应出脉人。

——脉与其人形体合一。如果其人的个子很高,手腕部的“小人”个子也不会太矮(长脉)。如果其人个头很矮,腕中的“小人”个头也不会太高(短脉)。反之,如果其人很高,而脉人个矮或其人个矮而脉人很高,则此人有病。个头高而脉人矮则为短脉,主虚或气郁。个矮而脉人长为长脉,主热与实。只有脉与人相应,人与脉相顺,方为正常。一般正常情况下,腕中“小人”的个头长可容三指,在40~50mm左右,约是身长的1/35。女性稍短,个矮的人稍短,儿童更短。

假如腕中的“小人”过胖(脉宽)而其人过瘦,或脉人过瘦而其人过胖(脉细),则该人有病。瘦人有了胖(宽)脉,体阔的人有了瘦(细)脉,均为疾病状态。脉过粗则有热为实证。体阔的人有了细脉一定会胃肠功能不佳,消化机能不良,下肢关节酸痛或脏器的虚损,出现水肿或营养不良、贫血、神经衰弱、头痛等。一般桡动脉粗细在3~5mm左右。男性稍粗,女性稍细,非体力劳动者稍细,儿童更细。

若脉中的“小人”头大、下肢小(尺脉弱、寸脉强),则其人多见头昏、头痛、头重脚轻,严重者脑部肿瘤或神经衰

弱，下肢酸软，脱钙，胃肠疾病，生殖功能减退，晕车、晕船，易出现呕吐性病变等。如果脉人下肢大而头小（尺脉强、寸脉弱），则其人多见妇科疾病，泌尿、生殖系统疾病或盆腔肿瘤，腰椎间盘突出症。也可见耳鸣、听力下降，严重者耳聋、心脑供血不良、冠心病、传导阻滞、先天性心脏病、大脑记忆力下降、胸闷等病症。生理情况下见于儿童和老人。

譬如脉人两头大中间小（尺脉、寸脉强，关脉弱），一般情况下其人多瘦，腹部也干瘪。多见于慢性胃、肠疾病，肝、胆、慢性炎症，脾及淋巴系统功能减弱，食欲不佳、消化不良，甚至乳房、脾脏、胆囊的切除，还见神经衰弱，生殖、泌尿疾病。

如果脉人的形体像枣核（尺脉、寸脉弱，关脉强），表现为两头小而中间大，则其人正常情况下一定是腹大腰圆，消化、吸收能力好，力大无穷，肌肉丰满。异常情况下则多见肝、胆系统炎症，肿瘤，肝硬化，门静脉高压症，脾大，淋巴结病，血液病，乳房偏大、乳腺增生、乳房肿块，等等，还见脑血供不足，下肢骨关节病变等。

——脉与人的体质合一。如果人体质好，力量强，气血旺盛，而腕中的"小人"也一定会充盈饱满，和缓从容（正常脉），若脉人虚大无力，或弱、细、短、濡，则其人一定是气喘嘘嘘，四肢无力，面色萎黄，无精打采，久病卧床或慢性疾病、营养不良等。若脉弦、脉紧、脉数，必有重患。

一般其人的体质状态与其脉人的脉力、脉势、脉的胃神根相吻合。

——脉与人情感合一。人的情绪高昂、心情激动，则

脉人跳动的速度加快,跳动的力量也偏大;人的情绪低落,脉人的跳数也减少。若其人受到刺激、惊吓、惊恐,脉人也会出现结、促、涩的改变。人体快速运动,脉会增加跳数。人长期劳动及体能锻炼,脉人会胖大,脉力也会增加。人发热,脉人跳数会增加,借脉洪而数,有助散热。当人受到寒冷,脉人会沉或紧,借以保暖。总之,脉与人相应,情感合一。关脉的沉、细、弱,多见病人的肝气郁滞、情绪不佳、忧郁、好生闷气等;关脉的浮、脉力增强,多出现眼病。

——脉人与其人同病。人有多高多胖,脉人有多宽多长。人有头、躯干、四肢,脉也有相应的头区、躯干区、四肢区。当人头痛、头昏时,脉人的头区膨大、脉力增强与滑动。人有颈椎病时,脉人的颈椎区也会出现相应的边脉。人的后背软组织病变,脉人的后背也会出现相应的边脉。借此告诉你:"我的主人,这儿有病!"其人有高血压,脉人的力量(脉力)也会增加。人有高血脂、高血糖,脉人会清楚地告诉你,它也有此病。甚至还像检验室那样把血糖、血脂高出的范围、治疗效果显示出来。

——脉人的脉力与人的血压相关。脉来时的挺力为收缩压,脉气去时的张力为舒张压。手感脉力测量血压可以做到不超 1kPa 的水平。一般:

❖脉体粗大且脉浊者多会出现舒张压的增高,若该种脉的关脉脉力强,多为继发性高血压,且血压不稳定。

❖脉弦力者多见原发性高血压。脉弦应手如铁丝,沉按脉体整体下沉、脉气不消为血管硬化。

❖老年人脉击多见收缩压增高,常提示心功能良好。若有脉晕及临床症状,应排除脉管的栓塞与狭窄。

——人中风，风脉出现早。脑中风脉象的交错性改变完全与人体的运动神经分布有关。临床观察证明：风脉可以早于脑中风数天或数月甚至两年出现。事实上，脑中风从病理角度上来讲，它的发生是一个缓慢的过程，因为脑血栓的形成是一个缓慢的过程。当血栓没有完全地堵塞脑动脉时病人已经具有临床症状，只是病人不能够主观地感知或临床症状的间断出现或中风症状不典型而已，而脉象则能有效地提前作出诊断。临床此类病人常见。

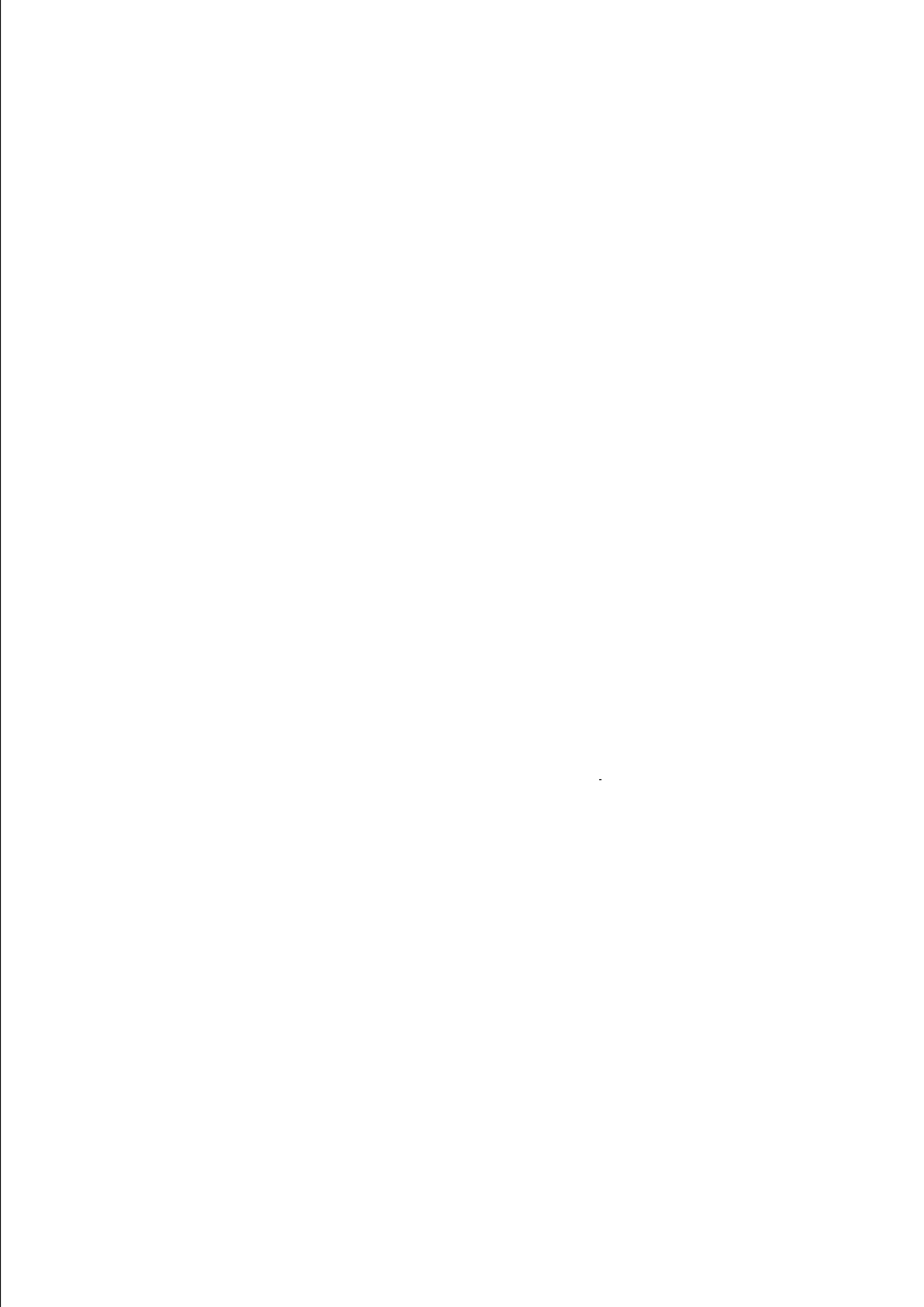
总之，脉象基本与人体即时状态相吻合，人有什么疾病，脉有对应的变化。通过候脉我们不但能准确地了解疾病的所在，而且能知道疾病的性质以及疾病的病程、治疗效果和预后。







BING MAI ZHANG



一、浮　　脉

（一）概述

浮脉为单一脉素，它脉位表浅，轻触即得，举之有余，按之不足。

（二）浮脉的病理与解剖

——人体桡动脉正常情况下均行走于腕部桡侧皮下。其上方是皮肤，下方是腕屈肌腱及尺、桡骨间肌群，前方被覆于腕曲肌支持韧带，周围被覆于皮下脂肪并借此而被固定，桡动脉的前下方恰是桡骨茎突之高骨，因此寸脉正常情况下较尺脉为高（水平位）。瘦人桡动脉表浅，老人血管硬化皮下脂肪少时血管多滚滑。

在致病因素作用下，炎症初期，机体的代谢稍增强，微血管扩张，心动也稍加速，组织也饱满，桡动脉也饱满（桡动脉稍饱满的辅助因素还有腕屈肌支持韧带的束缚）。桡动脉充盈，其管壁的张力会下降，饱满的组织将饱满的桡动脉托起，指感桡动脉将有浮于肉上的脉感。因此，浮脉只是脉位的表浅，不应加其他因素。此时桡动脉饱满尚没有发生脉力的增强性改变，相反脉管壁的张力却下降。心动稍加速也不应发生每息脉动的明显异常，否则是浮数脉，这要视体温的高低及病情的演变而定。严惠芳主编的《中医诊法研究》[1]认为："心输出量增多，外周血管扩张和血流通畅是产生浮脉的直接原因。"

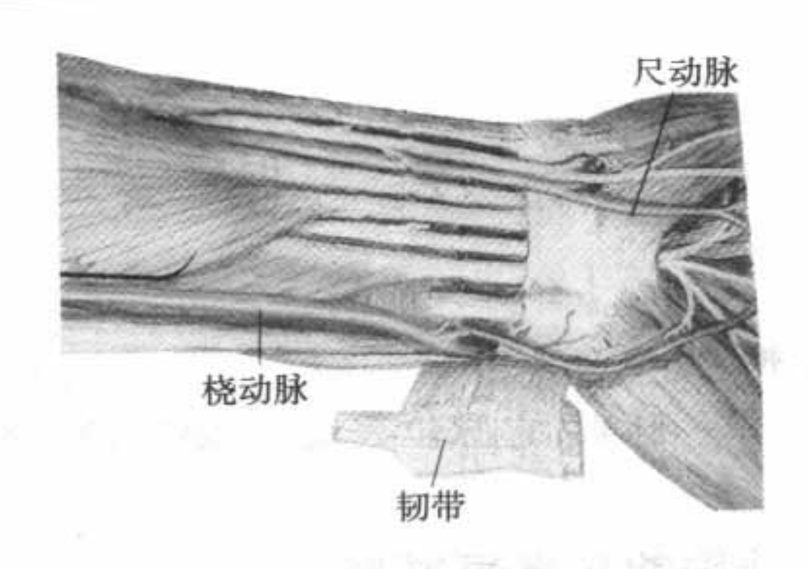


图20 腕部解剖

——人体的血液总量是相对恒定的。在微血管充盈、组织饱满时脉管内压不会增加。这种炎症早期的特定条件将致使桡动脉的脉力不会增强而只会稍充盈，虽然脉管浮起但不是车胎充气的浮而是充盈组织的托浮，是一种综合力量导致的浮。因此这种脉浮将是轻触即得，举之有余，按之不足。但按之虽不足也不会一点力也不支撑，更不会虚或空。这是因为有脉管内外组织的撑托及桡动脉前方韧带的束缚及桡动脉腔内血液在指压下的阻力等综合作用。

——浮脉是机体炎症早期的特定脉象，当外遇风寒（病源微生物侵害机体）时，机体神经系统将参与调节使脉管收缩而产生浮紧脉、浮弦脉；若致病力强、机体抵抗力也强时还可出现浮洪脉，此时人体的体温也升高；机体的代谢率进一步增强时以及疾病的恢复期尚可出现浮滑脉；若有体温的改变则见浮数脉。详见脉的兼象。

（三）浮脉的特征

——浮脉性质：脉位表浅，是单一脉素。

——浮脉的指感标准：轻手即得，举之有余，按之不足

——浮脉的形象标准：如举按劳动人手背怒张的静脉，它的脉力如同常人手低垂于心脏水平时手背静脉怒张的脉感。浮脉的脉力小于浮紧、浮弦、浮洪脉，大于虚、芤脉。见图21。



图21 浮脉如前臂怒张的静脉

——浮脉作为单一脉象要素可构成浮脉类及其兼有的脉象。浮脉不能同沉脉及其沉脉类脉象相兼，但能和沉脉共同组成实脉、洪脉、浊脉，也能同沉脉同时出现在寸口中，如寸脉的浮、尺脉的沉等。

（四）浮脉的研究

历代脉学著作中唯有《脉经》对浮脉的认识最被推崇。即："举之有余，按之不足。"简短的八个字，即概括了浮脉的性质，也准确地描述了浮脉的脉形和浮脉的指感形象标准，乃至今日该论述仍然是认识浮脉的准则。

《脉诀》在认识浮脉时有"指下寻之不足，举之有余，冉冉寻之如太过"之说。"冉冉寻之如太过"一句与前言

“不足”有矛盾,若是太过应当理解为脉力的增加,浮脉脉力的增加不过是浮紧脉、浮弦脉等,这是浮脉的兼脉而不是浮脉。《古今医统》[2]在认识浮脉时说:“浮有按无,无根之喻。”其意:一是浮脉按之什么感觉也没有,二是没有根。此语显然是不正确的,浮脉虽然按之不足,但不足不是“按无”,更不是“无根”。显然该著作对浮脉的脉力把握不够正确。《诊宗三昧》[3]尚有“举之泛泛而流利”的提法,张璐此语只是浮滑脉的概念而不是浮脉。事实上浮脉只是指脉位表浅的单一因素,而浮脉的脉力则是举之有余而按之不足。傅聪远认为:浮脉的脉压大约在5kPa ~ 10kPa[4]。

现代脉象的研究已经突破指感的体会和古脉学的瓶颈以及取脉象仪器的取法压力表示方法,并打破仅从血管位置深浅来讨论脉象的浮沉。取而代之的是从生理、病理及生物力学的角度进一步加以研究。费兆馥等[5]认为:“正常人四季脉象与外感发热病人的浮脉除与血管的解剖位置、皮下组织及黏弹性等因素有关外,还与桡动脉的舒张状态有关。”而龚安特[6]认为:“桡动脉的几何位置是不易改变的,指下脉道的浮沉变化主要是血压、脉管半径、脉管刚度、外周软组织刚度四个因素相互作用的结果,这种结果将受制于人体的生理、病理和环境因素。”张崇等[7]对1000余例脉图血流动力学资料进行分析后认为:“浮脉与沉脉的心功能状态及体循环容量并没有大的不同,但沉脉的压力梯度和动脉壁张力大于浮脉。”

现代研究认为,机体在外感等因素作用下,其毛细血管床扩张,桡动脉内的血流加速,桡动脉管壁的张力可减

小，血管对血流的侧压力及阻力也减小，桡动脉应指时有一种表浅的感觉。这种感觉是，指按时其力不足，抬指时具有浮力。

（五）浮脉现代临床意义

浮脉与人的体温及外界环境有很大关系，而人的体温调节则主要受控于下丘脑体温调节中枢，同时也受制于其他许多因素。一般天气热则人的脉多浮。女子的脉比男子稍浮，特别是在月经前后及排卵期、妊娠期更明显。年龄越小其寸脉越浮，大约年龄每增加 10 岁，脉象的浮将减少一定梯度，年龄 40 岁后大部分人出现尺脉沉的脉象。老人与小儿的脉象又有相似之处，多见寸脉浮与尺脉沉。

临床上一般病毒感染或病源微生物感染的早期、变态反应性疾病、结缔组织病、血液病、代谢紊乱、神经性疾病等早期病人或恶性肿瘤的晚期均可触及浮脉。临诊时可根据寸口脉三部的分属及其脉浮的具体变化，寻及疾病的脏器。

一般寸脉浮多见于神经系统、五官、颈部淋巴结、甲状腺、两肺、气管支气管等感染的早期脉象（中医称：外感、伤寒、风寒、中风等）以及颈部淋巴结、恶性淋巴瘤、肺部肿瘤等晚期脉象。

关脉浮多见于女子月经前的乳房胀痛，胆囊或胆道感染的早期、胃部消化不良、低钾血症、各种肠道感染的早期脉象等，也常见于淋巴系统病变的脉象。

尺脉浮，多见于泌尿、生殖系统等各种感染，盆腔积液的早、中期脉象。

（六）浮脉的三部分属现代临床意义

表8 浮脉三部分属临床意义

寸	头、颈、胸各组织及气管、支气管感染的早期脉象。颈淋巴结、肺部恶性肿瘤晚期脉象等。
关	女子月经前后的乳房胀痛，胆囊炎、胆道炎、胃部胀满、消化不良，低钾血症，眼睛不适，肿瘤等脉象。
尺	泌尿、生殖、盆腔、乙状结肠、直肠有菌性炎症的早中期脉象，下肢及臀部无菌性炎症脉象。

总之，浮脉所主疾病以外感见多，内患为次，久病多风险。

（七）浮脉兼象脉现代临床意义

浮脉兼象脉很多，这是因为浮脉作为脉象的单一脉素是构成复合脉的纲领性脉象。其常见兼象脉主要有：浮缓脉、浮滑脉、浮细脉、浮数脉、浮短脉、浮紧脉、浮涩脉、浮迟脉、浮弦脉、浮边脉等。有一些脉学著作载有浮洪脉、浮长脉、浮实脉，这是不妥的，因为洪脉、长脉、实脉中含有浮脉的成分，再与浮脉兼脉就显得不太合脉理，或许是出于浮脉的成分占主要因素，加以强调而误赘。

另外也有部分脉学专著中载有浮濡脉、浮细脉、浮芤脉、浮虚脉、浮弱脉、浮革脉、浮散脉等，这也都是欠妥的，因为濡脉、芤脉、虚脉、革脉、散脉本身就是浮位脉，不应该再同浮脉兼脉。浮细脉就是濡脉。浮弱脉则因为弱脉的脉位在沉位因而不能相兼脉，很可能是濡脉。

浮脉兼象脉的临床意义：

——浮长：多见感染性中枢神经、泌尿生殖系统病变或瘦高个病人的脉象。

——浮短：多见脑、心的供血及功能不足，脐以下脏器或肢体神经功能不佳等。

——浮滑：疾病的早期或恢复期脉象，妇女经期及其前后或排卵期脉象。

——浮涩：多见于水、电解质紊乱、缺水，心脏传导功能失常性心脏病等病人脉象。

——浮数：多见于感染性病变或体力活动后，也见血液病、便秘等。

——浮迟：多见于上呼吸道感染，也见因机体代谢缓慢及老年支气管炎或各种疼痛性病变。

——浮缓：多见于病人免疫力低下或紊乱而出现的早、晚期感染状态，也见上呼吸道感染性疾病经治疗而缓解时。

——浮弦：多见于咽部、上呼吸道、气管、支气管炎症病人或早期肝病、植物神经紊乱等的脉象。也见上胸部因感染而出现的疼痛等。

——浮细：见于机体脏器血供不佳、体能低下、外寒内热的病人。也见部分神经、精神性病变。

——浮紧：见于风寒感冒、各种疼痛、消化不良等症。

——浮边脉：见于人体两侧、后背、肩周、肋神经、胸骨、胸壁、腹部、坐骨神经等无菌或有菌性炎症、疼痛等。也见感染后心肌病变。

（八）浮脉的鉴别

浮脉应同芤、虚、濡、洪、散、革、实、风、浊脉相鉴别，它们的共同特点是脉居浮位。

——芤脉：浮大中空，如按葱管。一般芤脉不迟，如按

劳动人超过心脏水平时的手臂静脉。

——虚脉：浮大而软，应指无力。如按劳动人平心脏水平的手背静脉。

——濡脉：浮而柔细，如按女童手背静脉。

——洪脉：浮大而势盛，来盛去衰，有波涛汹涌之势而非举按皆然。

——散脉：浮散不聚，至数可不齐，如触挤出的牙膏。

——革脉：浮而弦芤，如按鼓皮。

——实脉：浮沉取皆充实有力、宽大且长。

——浊脉：浮沉取浑厚，似泥浆管涌，如泻漆之韵。

——风脉：寸浮则关尺脉双手不等。

（九）浮脉示意图

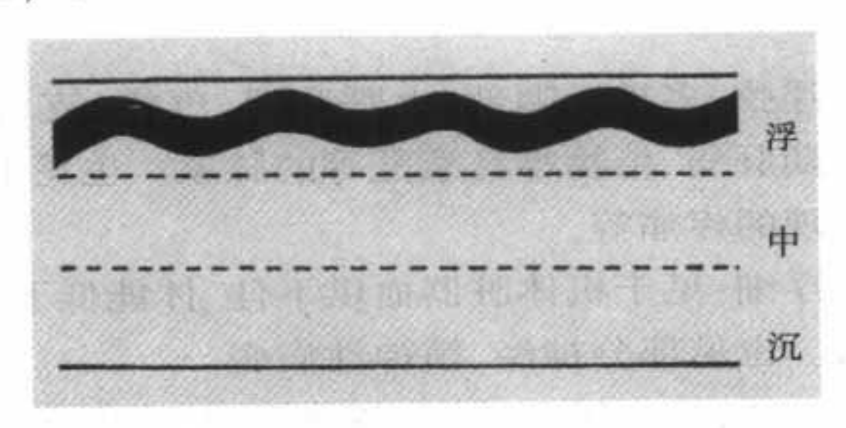


图22　浮脉示意图

（十）浮脉脉诀歌

浮　脉　歌

静脉怒张如脉浮，轻手举余按不足。

初病脉浮主外感，久病脉浮内伤候。

来盛去衰脉为洪，浮大中空脉为芤。

虚浮大软革鼓皮，散触牙膏无边际。

浊似泥浆管中涌，实大长强濡柔细，
迟风数热紧为寒，风寒风热或风痰。
寸浮胸颈重头癫，关浮肝胆乳胃炎。
尺浮下身泌尿火，俱浮阴虚阳外显。
迟风肢痛皮搔烦，紧见风寒炎鼻咽。
风热疮毒滑风痰，贫血结核消耗染，
角弦反张病在脑，流行季节流脑炎。
慢炎浮弦病在胸，浮长癫痫或卒中。
浮促浮数高热狂，浮结脉寒关节僵。
寸浮外感咳痰炎，双乳增生浮双关。
上腹脏病关浮力，肝脾肿大淋巴巨。
右尺脉浮回盲罹，左尺脉浮大便秘。
尺浮生殖泌尿炎，女子滑数月事前。
双寸关浮肠上感，双关尺浮胃肠炎。
坐骨神经痛放电，尺见脉浮加边弦。
劳心寸浮可视平，劳力寸浮头晕眩。
劳力关浮可称平，女见关浮力必病。
男子寸浮女右尺，老人寸浮头多晕。
右尺左寸过关滑，停经呕吐妊娠查。

二、沉　　脉

（一）概述

沉脉脉位深在，举之不足，按之有余。

（二）沉脉研究

历代脉学专著中唯有《脉经》对沉脉的认识最被后人认可与尊重。“脉位深在，举之不足，按之有余”。这是王叔和对沉脉的高度总结。这一经典论述显然与浮脉截然相反。诚然，沉脉与浮脉仅是脉位的深、浅这一单一因素，无须其他附加条件。

我们对脉位的理解不能仅停留在几何空间意义上的高低与深浅，就脉的浮沉，应当理解为：人体气血的变化，机能与代谢的即时状态。更确切地说：应当理解为微循环与心脏的每搏输出量、脉管的张力、外周阻力间的生理与病理变化的结果。脉象的浮与沉仅是微循环即外周阻力与心血管的功能和机体的生理、病理间代谢的失常而已。事实上胖人的脉沉与瘦人的脉浮是血管显现问题。

对于沉脉，《脉诀》有“按之至骨”，《脉诀刊误》有“在肌肉之下”之说。其后诸家均在脉位上“隔皮识货”，有的说在肌肉下、骨上，见《脉诀汇辨》；也有的说“沉脉行于筋间”，见《医宗必读》；还有的说“近于筋骨”，例如《四言举要》[8]。《濒湖脉学》也认为：“重手按之筋骨方得。”不是把沉脉说成是伏脉，就是把桡动脉的解剖位置说移位了。

《中华脉诊的奥秘》[9]云:"如石在水,必极其底,外柔内刚……必极其底"有沉伏不分之嫌,"内刚"有脉力之极。

现代医学认为,瘦人脉浮则是皮下脂肪的减少、脉管的外显;胖人的脉沉则是皮下脂肪的淹埋。心功能不佳,体液的减少并导致循环血量的减少,桡动脉及其周围组织沉陷,脉沉是必然的,但不是桡动脉解剖位置的变异。我们已经无力纠正古训,但我们应当以正确的认识诏示后人。

(三)沉脉的特征

——性质:沉脉特指脉位深在的单因素。

——指感:重手乃得,举之不足、按之有余。如沉按耳垂下缘,如按运动时的蚯蚓体。见图23。





图23 上:如沉按耳垂下缘 下:如按运动时蚯蚓

——兼脉:沉脉是纲领性脉象,能同中位脉兼脉,不能

同浮位脉和有沉脉脉素的脉兼脉。但能同浮位脉、具有沉位脉素的脉同时出现在寸口脉中。

（四）沉脉的现代病理解剖学基础

——外周毛细血管的收缩，组织充盈度和弹力的降低，桡动脉失去了组织的支撑。

——外环境的寒冷，皮肤和组织的绷紧，桡动脉隐潜。

——体肥或水肿病人皮肤及皮下组织的淹埋。

——心功能的不足，心输出量的减少，血管充盈度的降低，桡动脉隐沉。

——体液减少，组织失充盈。

沉脉还可以因心功能状态不同，心输出量减少，外周血管充盈状态和阻力的不同而出现不同的沉脉兼象。

（五）沉脉的现代临床意义

一般机体在致病因子的作用下，其生理、病理会发生相应的改变；当机体的抵抗力尚强，致病因素也强的情况下，脉沉有力。当机体虚弱，疾病脏器功能虚衰时则脉沉无力。生理情况下也见正常人持有沉脉，但从长期的临床观察，持有沉脉的人多为亚健康状态。例如：成年人随年龄的增长其尺脉渐沉，而人的体质和体能也在逐渐地下降，不过这种下降是一种整体的、平衡的、缓慢的过程，这种平衡的减弱能使这部分人自我感觉良好。临床观察发现：平均在 30 岁以上的人其尺脉开始渐沉，直到 40～50 岁尺脉的沉才较明显。X 光检查可见下肢长骨的骨质脱钙已经开始，肌肉的张力及爆发力也在下降。女子可表现为月经的减少，男子可表现为性生活要求的减少。临床较普遍的反应是两腿酸、寒，容易疲劳，肠功能不佳等，这与中医的肾虚相似。健

康的生活方式可以缓解或延缓这种衰退,但生物的自然规律总是自有定数。

临床上但凡急性疾病的中期以及慢性疾病脉象多见沉,这可能与机体的体液的减少有关。也见部分发热病人早期出现脉沉,中医所谓:"风寒束表,经络壅塞。"

一般来说,急性发热的中晚期,长期低热患者、周期性发热、感染性疾病的中晚期、消化系统、内分泌系统、血液系统、恶性肿瘤、结缔组织性疾病、代谢性疾病等均可因为内环境的改变而使病人脉沉。中医认为:凡痰饮、水湿、气滞、血淤、食积、里寒等阳虚、气虚、血虚、阴虚等证皆见脉沉。

(六)沉脉寸口分部的临床意义

图9 沉脉寸口分部临床意义

寸	心、肺功能的不足,心、脑供血的下降,五官的功能不足及慢性器质性疾病,甲状腺机能的减退,头晕、记忆力下降,胸闷,耳鸣、听力下降等。
关	肝、肾功能的不足,免疫力低下,肝气郁滞,肝囊肿,脂肪肝,胃纳不佳、慢性胃肠疾病。
尺	肠功能不佳,腰及下肢的酸、寒,骨关节的功能障碍,月经紊乱,泌尿生殖系统疾病,性功能的下降,不孕症等。

总之,沉脉多见于慢性疾病,功能不足性疾病,中医认为的里证。

(七)沉脉的兼象脉

沉脉可与中位脉兼象,如:沉弦、沉缓、沉迟、沉数、沉滑、沉涩、沉细、沉微、沉紧、沉代、沉结、沉促、沉短、沉漾、沉边、沉潮、沉风等兼脉。不应同浮脉类相兼脉,如浮、虚、

散、濡、芤、革等。也不应同沉脉类再兼脉，如沉、弱、牢、伏等。还不应同部分中位脉，如长、动等相兼脉，也不应同含有沉脉脉素的大脉兼脉，如洪、浊、实脉再兼脉。

（八）沉脉兼象脉的现代临床意义

——沉弦：心、脑血管疾病，神经、官能性头痛，气管炎，胸膜炎，肺气肿，胃炎，胃功能紊乱，胃十二指肠溃疡，慢性肝炎，慢性胰腺炎，各种肠炎，泌尿系统炎症、生殖器感染，月经不调，先兆流产，妊娠水肿，宫外孕，胎盘残留等。

——沉缓：神经、血管或感染性头痛，肝、肾、心、肺、慢性疾病营养不良性水肿，痛经，子宫发育不良，肿瘤，异位妊娠等。

——沉迟：慢性肾炎，肠结核，肾上腺皮质功能减退症，肠功能紊乱，慢性肝、胆、胃、肠疾病，肺、气管、支气管、胸膜炎，泌尿、生殖器炎症，下肢关节的病变等。

——沉数：各种水肿，妊娠中毒，激素后遗症，糖尿病，感染性疾病的中、晚期。

——沉滑：脑血管疾病，癫痫持续状态，精神性疾病，妊娠性水肿等。

——沉涩：肺脓肿，大叶性肺炎，肺吸虫，肝、脾肿大，肝癌，胆囊炎、结石，月经不调，生殖器炎症，囊肿，肿瘤，内膜移位等。

——沉细：慢性消耗性疾病，神经官能症，精神病的恢复期，慢性胃肠疾病等。

——沉微：胃溃疡，胆道疾病，食道静脉出血，脾肾功能减退，感染性疾病的中毒症状，慢性肠道疾病等。

——沉紧：支气管哮喘，胸膜炎，胃肠功能障碍，妇科病等。

——沉代：心脏疾病。

——沉结：心脏疾病。

——沉短：心、脑的供血不佳，慢性胃肠疾病，不孕等。

——沉促：心脏疾病。

——沉漾：心脏疾病。

（九）传统医学对沉脉的认识

中医认为沉脉是实邪内郁，困遏气机，脉气鼓动于内，故脉沉而有力。阳虚气陷，脉气无力鼓动于外，故脉沉而无力。

（十）沉脉的鉴别

沉脉应同牢脉、伏脉、弱脉相鉴别。

它们的共同点是：同属沉类脉，但就脉位而言，它们的脉沉顺序依次为沉、弱、牢、伏。

——沉脉：举之不足，按之有余。

——弱脉：沉而柔细。

——牢脉：沉、弦、实、大、长五脉的复合，如按女子中指掌肌腱。

——伏脉：沉极而伏。

（十一）沉脉示意图

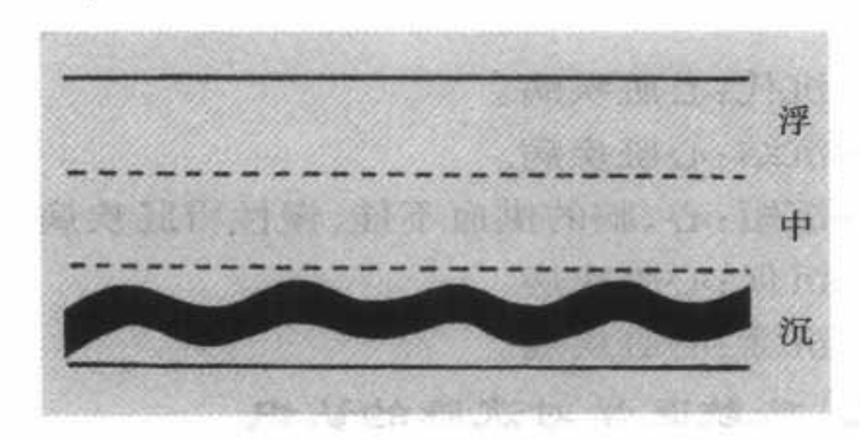


图24　沉脉示意图

（十二）沉脉脉诀歌

沉　脉　歌

按之有余举不足，虚衰实邪脉力估。
左尺脉沉可见平，感染极盛病可惊。
伏脉推筋着骨寻，弦长实大见牢型。
沉而无力气血虚，沉而有力寒和积。
沉候肝脾肾脊椎，数热迟寒滑痰推。
沉数炎染内热诊。沉涩血瘀沉细亏。
沉弦细脉肾虚多，产娠感染沉实数。
沉微胃肠多虚寒。慢性胃病脉沉短，
脾虚宿食四肢懒，沉缓肢肿与寒酸。
沉兼促结代漾边，心脏病变检心电。
寸沉胸闷记忆差，关沉中寒纳欠佳。
尺沉天寒脚似冰，经少推后性低能。
寸关沉涩休克象，关尺沉涩脉无根。
左寸脉沉心闷烦，右寸沉多闷咳喘。
左关脉沉寒宿食，右关浊沉脂肪肝。

左尺脉沉肠不佳，右尺沉细难孕娃。
炎在三焦脉细沉，阳虚火衰为里证。
血淤气滞脉沉弦，肝气上逆脑血管，
胰腺肝胆盆腔内，不是肿块即是炎。
沉紧气管炎哮喘，腹痛经多因血寒。
脉沉迟滑左尺显，结肠癌变皮瘙烦。
沉滑沉风脑见恙，沉迟肝胆病脸黄。

三、迟　　脉

（一）概述

迟脉特指每次呼吸脉动（心跳）三次，仅是指心跳频率的缓慢，不加其他因素。

（二）迟脉研究

迟脉虽早见于《内经》"独小者病，独大者病，独疾者病，独迟者病……"但历代脉学著作中唯《脉经》"呼吸三至"最为规范，以至于被历代脉学著作所收录。如果以每分钟 18 次呼吸记，则每息三至相当于心跳 54 次/分，这相当于现代医学的心动过缓。

缓脉每息四至，迟脉每息三至，正常脉每息五至，数脉每息六至，疾脉每息七至，这仅是指脉动的频率快慢问题，它仅涉及的是心跳频率的快慢，不涉及其他问题。《中医善本·古籍丛书》[10]记载有："……一二至败，两息一至死非怪，……八脱九死十归墓……"可见就脉象的频率问题尚有空间可供探讨，就临床意义来说，每息二至或每息八、九、十至都是危重病人。

每息 2、3、4、5、6、7……至的脉动，尚有一个尺度问题。每息 2～3、3～4、4～5、5～6、6～7、7……至尚有一个界限和过渡问题。每息 2～3 至是败脉还是迟脉，每息 3～4 至是迟脉还是缓脉，每息 4～5 至是缓脉还是正常脉，每息 5～6 至是正常脉还是数脉，每息 6～7 至是数脉还是

疾脉等均有一个量化工作需要完成。不要小看一至的差别，以每分计算就是 18 次心跳的差别，以心跳每增加 10 跳，人体体温将升高 1 度计算，体温就近于 2 度之差。心率正常与否的界定是比较严肃的，心跳每分 100 次以上为心动过速，相当于每息 5.5 至，如每息 5.6 至则就是心动过速。因此，我们有必要研究每息至数间小数点问题。

每息 2 ~3 至以 2.5 为界，2 至为败脉，它相当于脉动 36 次/分。2 ~2.5 至为败迟脉，它相当于脉动 36 ~45 次/分。每息 2.5 ~3 至称迟败脉，它相当于脉动 45 ~54 次/分。每息 3 至称迟脉，迟脉的定义域当应是每息 2.5 ~3.5 至之间。每息 3 ~4 至以 3.5 为界，每息 3 ~3.5 至称迟缓脉，它相当于脉动 54 ~63 次/分，这是缓脉的病脉范畴。每息 3.5 ~4 至，它相当于脉动 63 ~72 次/分，是正常的脉至范围，每息 3.5 ~5 至范围为正常脉象，它相当于脉动 63 ~90 次。每息 5 ~6 至为数脉的范围。每息 6 至以上为数脉的外延等。每息脉动的次数超过 6 次或心动超 100 次以上可以直接记心动。

将脉动小数点化将给临床医生带来麻烦，在记脉动的同时又要记呼吸次数，那是不现实的。还是以息计数较为方便。如计每分钟的脉动次数比 18 则更规范。这是因为生理情况下脉动的小数点可以忽略，病理情况下脉动的小数点不能忽略，如缓脉与迟缓脉就是疾病与否的区别，缓脉多见正常人，迟缓脉则多见病态，部分运动员脉迟缓。正常人安静时每息脉动不能超过 5 至，否则将是心动过速，这应当排除“太息”的因素。

（三）迟脉的特征

——性质：迟脉仅是指脉动频率较慢的单因素。

——指感：每分脉动45～63次，每息3至。甚至有脉率少于3至的外延。

——兼脉：不能同每息脉动大于4以上的脉象兼象。

（四）迟脉的现代临床意义

——心源性迟脉：指因心脏疾病而导致的脉迟，如窦性心动过缓，心肌梗死、冠心病、心肌病、心肌炎、完全性或不完全性束支传导阻滞，病态窦房结综合征，室性心率及心肌占位等。

——神经性迟脉：迷走神经的兴奋性增高，交感神经的兴奋性过低，神经官能症，颈动脉窦压迫性病变，眼球压迫性刺激，膈肌的刺激症，如频繁性呕吐、恶心等。

——内分泌及代谢性疾病为病因：甲状腺机能减退，肾上腺皮质功能减退，高钾血症，尿毒症，中毒性心肌病，病毒性心肌炎等。

——药物性迟脉：心得安、安定、苯巴比妥、希力舒等，洋地黄、夹竹桃、巴豆等中毒，麻醉药过量，高钾血症等。

（五）迟脉的寸口脉分部

脉迟是心动频率的缓慢，对寸口脉来说不可能出现寸、关、尺的独迟，独不迟。但迟脉中有心功能的不足、血管的充盈、微循环的灌注程度的改变和寸口脉分属器官的独病变化，在迟脉脉体上会出现一系列独异的脉晕点。研究迟脉上脉晕点的变化及其相互间的关系对机体在低代谢情况下脏器的功能有特殊意义，见脉晕点章。

（六）迟脉的兼象脉

迟脉不能同心动频率大于4至以上的脉象兼脉。因此，它不能同数脉、疾、促、动等脉相兼脉。一般常见迟脉的兼脉有：浮迟脉、沉迟脉、滑迟脉、涩迟脉、实迟脉、缓迟脉、紧迟脉、细迟脉、边迟脉等。

（七）迟脉兼脉的现代临床意义

——滑迟脉：见于各种肠炎、细菌性痢疾、低钾血症等。

——涩迟脉：见于各种贫血，如缺铁性贫血、巨细胞性贫血、溶血性贫血、再生障碍性贫血等。

——实迟脉：见于各种疼痛等。

——缓迟脉：见于膈肌痉挛、食道及胃部肿瘤，风湿、类风湿类关节炎，慢性肠炎、肠结核等。

——紧迟脉：见于各种寒症及痛症。

——细迟脉：见于部分植物神经功能紊乱、脑皮质功能失调、肠胃功能及子宫宫缩乏力等。

——边迟脉：见于各种肌肉、肌腱、肌膜无菌性炎症等。

——弦细迟脉：多见神经系统病变，如精神病等。

（八）传统医学对迟脉脉理的认识

传统医学认为：迟脉是寒邪凝滞气机，阳失健运，则脉迟而有力，阳气虚衰，无力鼓动血行，故脉迟而无力。若邪热结聚，壅滞气机脉亦迟无力。

（九）迟脉类的鉴别

迟脉应同缓、涩、结鉴别。

——迟脉：每息 3 至，甚至是每息少于 3 至的外延。

——缓脉：每息 4 至，是正常脉动范围。

——涩脉：血行不流利，脉感如“轻刀刮竹”。

——结脉：脉缓或迟，时有一止，止无常数。

（十）迟脉示意图

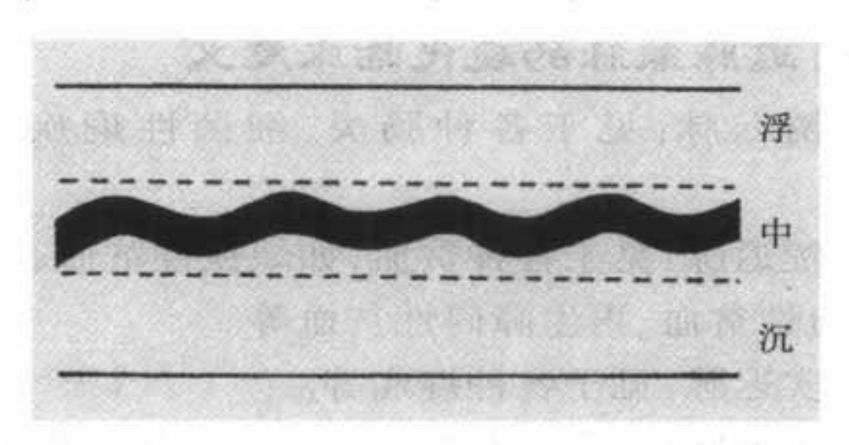


图 25　迟脉示意图

（十一）迟脉歌诀

迟　脉　歌

一息三至脉为迟，阴寒湿困气血滞。
虚如静脉浮大软，一息四至脉为缓。
轻刀刮竹脉见涩，缓而一止复来结。
浮迟虚寒卡它炎，荨麻皮疹流行感。
迟弦细虚心胆战，迟细诸虚四肢寒。
迟弦肝胆胃胰炎，寒湿闭塞肢脉管。
关节脉管曲张炎，生殖炎症阴吹烦。
多种贫血脉迟涩，下痢肠炎迟滑观。
三焦寒邪脉迟缓，腰背疼痛脉桡边。
迟因机体代谢慢，传导阻滞或窦缓。

四、缓　　脉

（一）概述

每息脉动4～5至，特指每息脉动4～5至的单因素。

（二）缓脉的研究

事实上缓脉不必另立章节。历代医家所论缓脉主病也只是迟缓脉或缓脉的兼脉而已。知道每息4～5至为正常脉动范围即可。从脉理来说把正常脉称缓脉更合适。古脉学缓脉多指正常脉。按每分钟呼吸18次计，每分钟心动72次是无可非议的正常脉率。麻烦的是，历代脉学著作中的缓脉多不只是单一的脉动频率问题，常附加许多条件。例如《脉经》云："缓脉，来去亦迟，小驶于迟。"而在《伤寒论》说缓脉为："阳脉浮大而濡，阴脉浮大而濡，阴脉与阳脉等同者，名曰缓也。"在论述病理时说："太阳病，寸缓，关浮，尺弱……寸口卫气和名曰缓。"

《诊家枢要》："缓不紧也。往来迂缓，呼吸徐徐。"

《外科精义》："缓脉之诊，举按似迟而稍驶于迟……"

《濒湖脉学》："缓脉，去来小驶于迟。一息四至。如丝在经，不卷其轴，应指和缓，往来甚匀。如初春杨柳舞风之象。如微风轻飐柳梢。"

《景岳全书》："缓脉，缓和不紧也，缓脉有阴有阳，其意义有三：凡从容和缓浮沉得中者，此自平人之正脉，若缓而滑大者多实热，如《内经》所言是也。缓而迟细者多虚

寒，即诸家所言者是也。"

《诊家正眼》："体象：缓脉四至，来往和匀，微风轻飐，初春杨柳。"

《诊宗三昧》："缓脉者，从容和缓，不疾不徐，似迟而实未为迟。不似濡脉之指下绵软；虚脉之瞥瞥虚大；微脉之微细而濡；弱脉之细软无力也……"

《脉理求真》[11]："缓，来去和缓。"

剖析缓脉历代名家论述，缓脉每息 4～5 至是诸多脉学著作的主要认识，余多见缓脉的兼象脉。至于 4～5 至之外的附加因素，皆是因脉缓而产生。从容和缓、不疾不徐、初春杨柳、微风轻飐等均是对缓脉在每息 4～5 至情况下的形象描述。将每息 4～5 至定为缓脉的主干，附加因素则多见缓脉的兼象。

脉缓是正常脉象的脉率标准。在这一问题上统一认识将是历史的主流。其病缓的主病，多是缓脉的兼脉。脉学大家李中梓曰："缓为胃脉，不主于病，取其兼见，方可断证。"

（三）缓脉的特征

——性质：每息 4～5 至。

——指感：中候，从容和缓，来往和匀。形象于指腹轻触运动时的水蛭或运动时的蚯蚓。

——兼脉：缓脉的兼脉很多。缓脉在与阳性脉兼脉时多提示胃气的存在，疾病的向愈。与阴性脉的兼脉多提示机能的不足，在缓的基础上向迟的方面发展则多预示病情的加重。

（四）缓脉的分部

缓脉是心率慢的脉象表现。在脉缓的前提下，诸部皆缓。历代脉学著作多有缓脉的分部提法，事实上也还是缓脉分部的兼脉，如寸脉的浮缓、沉缓、虚缓、实缓等。不可能出现寸脉缓而关脉数或尺脉正常而寸脉独缓等现象。

（五）历代对缓脉主病的认识

《内经》对缓脉主病的认识尚不明确。以《脉经》"寸口脉缓，皮肤不仁，风寒在肌肉，关脉缓，其人不欲食，此胃气不调，脾气不足。尺脉缓，脚弱下肿，小便难，有余沥。"为缓脉主病的早期认识。

《脉诀》："缓主四肢烦满，气促不安。缓脉关前搐项筋，当关气结腹难伸，尺上若逢癥结冷，夜间常梦鬼随人。"

《活人书》："缓则为虚，太阳病其脉缓者为伤风。唯脾得之即是本形。"

《三因方》："缓为在下，为风、为寒、为弱、为痹，为疼痛、为不仁、为气不足、为眩晕。"

《濒湖脉学》："缓脉荣衰卫有余，或风、或湿、或脾虚，上为项强下痿痹，分别浮沉大小区，寸缓风邪项背拘，关为风眩胃家虚。神门濡泄或风秘，或是蹒跚足力迂。"

《诊家枢要》："缓以气血向衰，故脉体为徐缓尔。为风、为虚、为痹、为弱、为痛，在上为项强，在下为脚弱。在寸缓，心气不足，怔忡多忘，亦主项背急痛；关缓风虚，眩晕腹胁气结；尺缓肾虚冷，小便数，女人月事多；右寸缓，肺气浮，言语气短；关缓，胃弱气虚；尺缓下寒，脚弱，风气秘滞。"

《诊家正眼》："缓为胃弱，不主于病，取其兼见方可断证。"

《医学入门》："缓为正缓脉之本，非时得之气血虚，在上项强下脚弱，右尺单见命将殂。"

《古今医统》："缓为风热肤顽痿痹，小儿风热，缓生急死。"

《脉确》："肌肉不仁缓在寸，关知脾胃食难磨，吃为脚弱下身肿，小便难而余沥多。"

《医宗金鉴》："缓湿脾胃。"

《脉学阐微》："疮疡及疟疾之后，余热未清，其证多烦热口臭腹满者，多缓脉。若病后外邪肃清。而气血疲惫，亦可见缓脉……"

（六）缓脉示意图

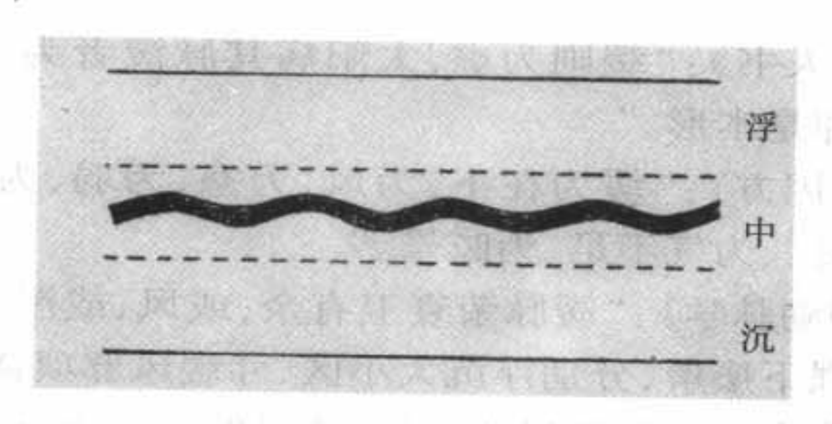


图26　缓脉示意图

（七）缓脉歌诀

缓　脉　歌

缓息四至病在兼，阳缓见胃阴病观。

夏秋缓常冬春寒，部兼求病迟为先。

五、数　　脉

（一）概述

数脉单指脉搏（即：心跳）的频率加快，一般每次呼吸6次脉动为标准，不附加其他条件。

（二）数脉研究

数脉是纲领性脉象，它标志着人体代谢的加快。现代医学以时间计脉动，这是最标准的方法。以呼吸计脉动，最大的弊端是人体在疾病状态下呼吸的频率同时也会改变。因此以呼吸计脉动并不能真实地反映心脏的频率。如果正常人每分钟呼吸以18次为准，则数脉的脉跳频率应当是108次/分，再加上呼吸加快的因素则数脉就是现代医学的心动过速。当然记脉动的每息是以医生的呼吸为准，它可以减少疾病条件下呼吸加快的弊端，这也要求医生必须了解自身各种环境下的呼吸频率。

《脉经》在其"去来促疾"的注解中载有"一曰一息六七至，一曰数者进之名"，明确了数脉的每息至数，但病处多见。崔真人《脉诀》则明确载有"六至为数"。至此后世诸家脉著中均以每息六至作为数脉的定义域。

数脉仅是指脉动频率的单因素，无须附加其他条件，如加了其他条件则为多余。如《外科精义》[12]载有"其状似滑"等把数脉说成是数脉与滑脉的兼象脉了，这是概念上的错误。《景岳全书》载"五至六至以上"，《脉理求真》

载“数则呼吸定息每见五至六至，应指甚速”，《医学实在易》[13]载“一息脉来五六至或一息七八至”等，都含糊其辞或没有清楚地道明每息六至的标准。《景岳全书》言“五至六至以上”，此语是赘语。《脉理求真》“应指甚速”附加有滑脉的性质。《医学实在易》“一息七八至”是疾脉的范畴。《医学心语》[14]云“数，一息五至也”，把数脉正常化了。庄氏《中医诊断学》[15]云“一息六至，脉来急促”，促在此用欠妥。《中华脉诊的奥秘》曰“脉来急速，一息六七至”。“急速”有脉流利度的变化，七至当是数脉的外延或疾脉的范畴。

脉动的动力是心脏，心动则脉动，心不动则脉亦不动。数脉是心跳频率的加快。寸口脉上绝不会出现寸脉数而关、尺脉不数，关、尺脉数而寸脉不数，关数而寸、尺脉不数或尺脉数而寸、关脉不数的怪现象。历代脉学著作中皆言寸口脉的独数是不合适的，这是流弊。在大量的临床实践中我们发现：数脉脉体上常常会出现独异的脉晕点，数脉上脉晕点是疾病脏器的信息符号，数脉是人体疾病的脉象结局。详见脉晕点章。

（三）数脉的现代病理解剖学原理

——各种感染性致热源作用于体温调节中枢，或变态反应性疾病、结缔组织病、血液病、恶性肿瘤及其代谢产物、代谢性疾病等作用于丘脑体温调节中枢使体温调节中枢的功能失常而出现体温的升高。

——神经及生理性脉数：心脏窦房结病变或心肌病，导致交感神经的兴奋性增加，心动加速。副交感神经兴奋性下降，脉数。小儿脉数多见生理性。

（四）数脉的特征

——性质：数脉特指脉象频率的加快，每息六至，不附加其他条件。我们把数脉规范在每息5.5～6.5至的范围。

——外延：传统脉学尚有脉象加快的泛指。

——兼脉：数脉仅是脉象频率加快的单因素脉象。因而它能同许多脉象相兼脉。但数脉不应同迟脉、缓脉、结脉兼脉，也不应再同动脉、代脉、促脉兼脉。这是因为动、代、促脉中有数脉的成分。在动、促、代的脉性中并没有把数脉的脉素限制在特定的六至范围，它可以是心动大于正常也可以是数脉的外延。数脉可以同虚脉兼脉，这是因为虚脉中并没有迟脉的成分。《脉经》将虚脉中加有迟脉的成分是欠妥的。

（五）数脉的现代临床意义

数脉常见于多系统、多种疾病引起的临床体征。常见有各种感染性发热性疾病、各种贫血、甲状腺机能亢进、急慢性肺部疾病的机体缺氧、急性心肌梗死、心包炎、心肌炎、风湿热、心力衰竭、休克等。在生理状态下，年龄越小，心跳越快，脉动越数，气温越高脉越数。

病理状态下各种发热疾病均可以出现数脉。诸如急性发热，长期发热，周期性发热，慢性发热等。

（六）数脉的分部

数脉是心脏频率的增快。因此寸口脉上不可能出现某部的独数、独不数。常见数脉上出现浮、沉、强、弱、大、小不等的脉晕点，研究数脉上脉晕点的变化及其点与点之

间、点与脉之间的相互关系有重要临床意义。详见脉晕点章。

（七）数脉兼脉的现代临床意义

数脉常见兼脉有：浮数脉、沉数脉、弦数脉、滑数脉、紧数脉、洪数脉、细数脉、长数脉、涩数脉、短数脉、虚数脉、实数脉、风数脉、濡数脉、芤数脉、散数脉、弦细数脉、弱数脉、弦滑数脉、濡滑数脉、细滑数脉等兼脉。

——浮数脉（见前章）。

——沉数脉（见前章）。

——弦数脉：见于传染性脑炎，高血压及其眩晕、耳源性眩晕，肺、支气管、气管各种感染，食道、各种严重肝病胃部占位性病变，急性胃肠炎，细菌性痢疾，胰腺炎，泌尿、生殖系炎症，妊娠反应，功能性子宫出血，先兆流产等。

——滑数脉：见于气管支气管炎、支气管哮喘，肺胀肿，风湿性心脏病，肺源性心脏病，各种关节炎，消化道肿瘤，泌尿、生殖系炎症等。

——紧数脉：见于各种感染性疾病的早期及其紧急物理降温或受寒者，如感冒、流感、支气管肺炎，急性胃肠炎等。

——洪数脉：见于高血压，血管硬化，鼻出血，维生素C缺乏，急性血液病，牙周病、牙龈炎，肺、气管支气管感染，糖尿病，阑尾炎，内分泌失调，代偿性月经等。

——细数脉：见于各种贫血，结核，神经功能紊乱、神经衰弱，精神分裂症，膈肌痉挛，心脏疾病，胃部疾病，血液病，脚气病等。

——弱数脉：多见于阴虚血少病人。

——风数脉：多见于脑出血病人。

——长数脉：见于感染性疾病的早期且病人体质尚好的情况下。

——涩数脉：见于严重的心脏病等。

——短数脉：见于心肌缺血、心绞痛等患者。

——虚数脉：见于肺部特异性感染，细菌性感染，神经衰弱，慢性焦虑症，更年期忧郁症、精神病，泌尿系炎症、结石重症感染的后期等。

——实数脉：见于重症感染的早期。

——芤数脉：见于高热、失血、脱水病人。

——散数脉：见于严重的心脏病，如各种心律失常、室性自主心率等。

——濡数脉：多见于上呼吸道感染、气管支气管感染，神经衰弱，泌尿生殖系炎症等体虚病人。

——弱数脉：见于心脏病、贫血、神经功能紊乱，还见于危重病人的晚期等。

——弦细数脉：见于高血压，神经衰弱，肝癌、腹水，低蛋白血症，感染后期等。

——弦滑数脉：见于脑出血、脑栓塞、血栓形成，肝炎、肝昏迷、肝坏死等。

——濡滑数脉：见于各种肠道炎症性病变。

——细滑数脉：见于泌尿系结石、炎症等。

（八）传统医学对数脉的认识

血得热而行。如热邪炽盛，迫血运行加速，故脉数而有力；如阴虚火旺，虚火迫血加快，则脉细数无力；气血虚少，形体失养，机体通过自身的调节，使气血运行加快，或

阴气虚衰，亡阴亡阳，虚阳外越，脉亦数，但多数而无力。

（九）数脉的鉴别

数脉应同促、疾、动脉相鉴别，它们的共同特点是脉率快，一息五至以上。

——疾脉：一息七至（相当于每分钟脉动 120～140 次）。

——动脉：脉滑而数、动处脉高、余部下附。

——促脉：脉数，时而一止，止无定数。

（十）数脉示意图

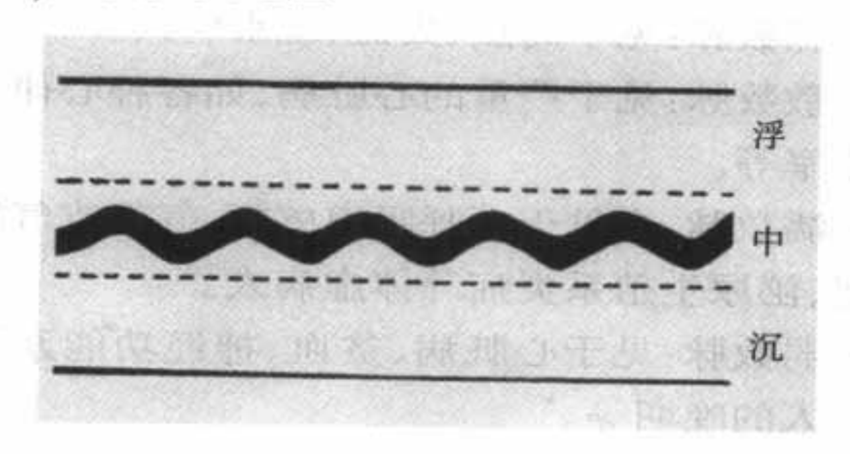


图 27　数脉示意图

（十一）数脉歌诀

数　脉　歌

一息六至脉称数，气血加速邪热多。
火热温暑为病因，虚实有别脉势明。
热者寒治虚清补，实火治当施寒若。
肺病秋深数可惊，平见小儿数脉神。
脉数应别促动疾，促时一歇无定期。
动脉滑数伴豆圆，一息七至脉为疾。
滑数脉见三焦炎，上炎咳喘痰心患，

中焦胃肠肝胆炎，下元炎症或孕产。
弦数肝火耳鸣眩，上元鼻衄血病缠，
横逆胃肠胰乳炎，子痫妇炎月经乱。
细数阳虚气血贫，洪数疡毒儿可惊。
弦细数见神经衰，弦滑数防脑栓脉。
洪数痈疽力淋赤，细滑数击炎尿石。
风数见击人九死，散数心病人一生。
弱数于尺生育难，濡滑数脉多肠患。
二败九死八为脱，过多过少皆命薄。

六、虚　　脉

（一）概述

虚脉是浮、大、无力脉的复合脉。

（二）虚脉的研究

《中医脉诊学》[16]所载"虚脉具有浮、大、软（无力）的复合条件"，最符合虚脉的标准。历代脉学著作中，在虚脉的描述上，《脉经》出现了不应有的遗憾，其载有"迟大而软，按之不足，隐指豁豁然空"。《脉经》把虚脉的成分附加了迟脉的脉素及芤脉的脉感，乃至后世千余年来大有笔录《脉经》的著作，致使虚脉出现与迟脉的兼脉化并与芤脉难以在脉力上区别。这也是脉学大家王叔和的悲哀。按叔和之语，虚脉至少有迟、浮、大、软、芤的五种成分。

《张仲景·医学全集》[17]在论虚脉时曰："脉来细弱，举之无力，按之空虚。"脉的虚而细弱，与濡脉、弱脉界限不明。按之脉空与芤脉不易区别。《脉诀》记录的虚脉有其不足，其曰："寻之不足，举之有余。"把虚脉与浮脉混为一谈，这显然是错误的。但《脉诀》是反对把虚脉迟脉化的，这在脉学史上也是有贡献的。其曰："虚者阴也，指下寻之不足，举之亦然，曰虚。"《脉学心语》载"虚不实也"，此是赘语。《医宗金鉴》载"浮、中、沉三部俱无力，谓之虚脉"，此语是病语。既然浮位上已经无力，中、沉位上哪还需要提到力？这是因为脉气已经被指阻断。朱氏《中医

诊断学》曰："举之无力，按之空豁，应指松软。""举之无力"为浮，"按之空豁"为大，"应指松软"虽有软，但松有散意。庄氏《中医诊断学》言："寸关尺三部脉举之浮大迟软，按之空虚。"把虚脉附加有迟脉的脉素不妥。《中华脉诊的奥秘》曰："浮大迟软，按之无力为虚；脉形软弱细小，中取无力，重按脉形若失，三部皆然亦为虚。""浮大迟软"亦附加迟脉脉素，"脉形软弱细小、中取无力，重按脉形若失，三部皆然亦为虚。"应是广义的脉虚（泛指脉的无力）而非虚脉。否则虚脉将与细、弱脉不分。

（三）虚脉的现代病理解剖学原理

机体在严重营养不良、贫血、低蛋白血症或慢性消耗性疾病时，人体各个器官的功能都处于低下状态。表现为：心脏的收缩力下降、血行速度降低、血液黏稠度降低、血流对血管壁的侧压力也降低，这是虚脉"无力"的基础。由于组织的缺氧，组织的血液需求量增加，反射性引起血管的扩张，这是"大"的基础。又由于长期的营养不良致使人体皮下脂肪被消耗，因而动脉脉管外显，这是脉浮的基础。综上原因，脉象出现了浮、大、无力的脉感。

（四）虚脉的特征

——虚脉的性质：虚脉是浮、大、无力脉的复合脉。

——虚脉的指感：如按劳动人平心脏水平时前臂静脉（参考浮脉）。

——虚脉的兼脉：历代脉学著作中虚脉的兼象脉比较混乱，应该进行规范，如浮虚脉、沉虚脉、虚洪脉、虚芤脉、虚细脉、虚小脉、虚弱脉、虚弦脉等。

❖浮虚脉：虚脉脉位本身在浮位，无需再兼浮脉。

❖沉虚脉：虚脉脉位定在浮位，已无沉脉与虚脉兼脉的可能。此脉应被称为沉无力脉，但沉无力脉不应有大的成分，因为脉沉必收。

❖虚洪脉：虚脉是无力脉的代表，洪脉是脉来势强的代表，虚、洪脉不得兼脉。从人体病理来说，人体既虚，脉只能数促而不应洪。

❖虚芤脉：两脉脉素中都有浮脉和大的成分。浮脉是脉管的柔软无力，芤脉是脉管腔内的空但不是没有。虚、芤脉不应兼脉。它们间有脉力的渐减之不同。

❖虚细脉、虚小脉：虚脉是浮位脉，又含大软的成分。细脉、小脉是中位脉，其脉管细如发丝。此两脉的兼脉可能是濡脉或微脉。

❖虚弱脉：弱脉是沉细无力之脉，再与虚脉兼脉是没有道理的，它们脉位不同。此兼脉可能是弱脉。

❖虚弦脉：虚脉是柔软无力之脉，弦脉是脉管壁收缩、脉力增强的脉，两脉兼脉是无先例的。此脉可能是单脉，是弦脉与芤脉的兼脉。

（五）虚脉的现代临床意义

人体营养的过度消耗、丢失，质与量摄入不足，各种心脏疾病导致的心脏收缩力下降，每搏输出量减少，体液丧失过多，血液有型成分的减少，脑垂体功能减退，肾上腺皮质功能减退，甲状腺机能的减退及亢进，糖尿病、大出血、慢性失血、长期发热、恶性肿瘤的慢性消耗，严重的神经衰弱、紊乱等均见脉虚。

（六）虚脉的三部及其现代临床意义

虚脉是浮大而软之脉，脉虚则人虚，人虚则全虚。寸

口脉上可出现三部脉中某部的独虚。但临床上常见虚脉上出现脉晕点的独沉、独浮、独强、独弱、独大、独小等。但称之为沉虚、浮虚、虚有力、虚无力、虚大、虚小等不合情理。以脉晕点的形式称谓最符合现代临床。

（七）虚脉的兼象脉的现代临床意义

虚脉的常见兼象脉有：虚迟脉、虚缓脉、虚涩脉、虚滑脉、虚数脉、虚长脉、虚短脉、虚促脉、虚结脉、虚代脉等。浮虚细为濡，沉虚细为弱。

一般虚脉与迟脉、缓脉、短脉、结脉兼脉多见于各种贫血、营养不良、血虚等证候。与数脉、长脉、促脉兼脉多见于急性失血、骨蒸劳热及慢性消耗性疾病的晚期等。与滑脉、代脉兼脉多见危重病人，与涩脉兼脉多见于重度脱水、循环衰竭等。见表10。

表10 虚脉兼脉的临床意义

虚数脉	多见结核等病变，身体体虚骨蒸，阴虚劳热等症。
虚长脉	阴虚、早泄、体温高于常人等。
虚短脉	气短、脑、心血供不佳，四肢关节不良，性功能及生育能力下降等。
虚促脉	见于甲亢性心脏病等。
虚结脉	见于甲减性心脏病等。
虚代脉	多见于严重心脏病患者。

（八）虚脉的鉴别

虚脉应当同浮脉、芤脉、濡脉等鉴别，见浮脉的鉴别。

（九）传统医学对虚脉的认识

血虚，脉失充盈，按之则空虚，阳气失敛而外浮，脉道

松弛，故脉浮大。脉见浮大而软虚也。

（十）虚脉示意图

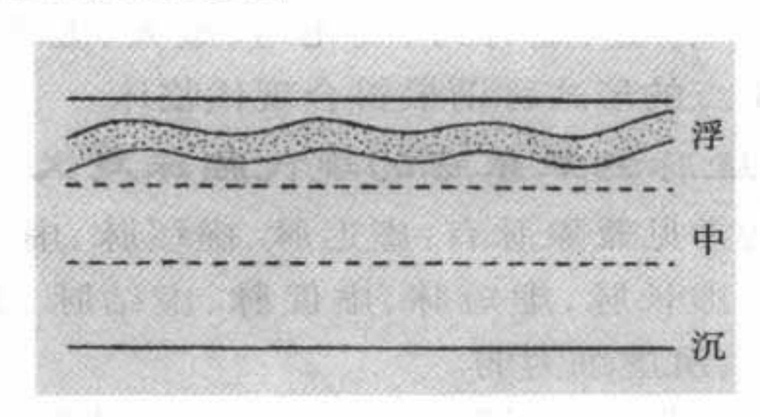


图 28　虚脉示意图

（十一）虚脉歌诀

虚　脉　歌

浮大而软脉为虚，触臂静脉平心齐。
七情劳倦多伤气，饮食不节伤胃脾。
寸沉气血不荣心，关沉缩食肝脾扪。
肾虚骨蒸经不调，便溏尿殖炎尺寻。
虚数前期经红多，虚缓乳少炎妇科。
怔忡惊悸寸虚边，气虚血亏心痛挛。
右寸脉虚咳喘炎，左寸耳鸣红舌尖。
左关脾虚气息短，右关肋痛耳鸣眩。
左尺沉虚便清溏，右尺肢麻月红长。
正气不足脉见虚，慢病炎瘤虚在气。
阴虚而数阳虚迟，血虚而浮气虚沉。
此与虚脉不相宜，称之为虚是广义。

七、实　　脉

（一）概述

实脉是长、大、弦三部都盈指的复合脉。

（二）实脉的研究

《脉经》记载实脉为："大而长微强，按之隐指幅幅然。"后世基本接受了王叔和的意见，唯独"微强"一句被李时珍以"微弦"替代。后人以李时珍《濒湖脉学》"实脉，浮沉皆得，脉大而长微弦，应指幅幅然"为蓝本。

崔真人《脉经》言："沉而有力，其脉为实。"显然以牢代实，忽略了脉位。《诊脉三十二辨》[18]曰："实统革、牢。"此语不妥。革内空而上弦，牢为沉属，风马牛不相及。《中华脉诊的奥秘》言："脉形长大而坚，应指幅幅，浮中沉三候皆然。"此"坚"在《脉经》后提及不多，实脉不应该硬如坚石而以微弦更妥，若以石论实，则与弦硬的动脉粥样硬化性脉象不易鉴别。

（三）实脉的现代病理解剖学基础

——实脉的产生可见于心搏出量的增加，有效循环血量的增多。

——外周阻力的增加。

——中枢神经和神经干的早期压迫。

（四）实脉的特征

——实脉的脉素：为长、大、弦有力脉的复合脉，非单

一脉素。

——实脉的指感：浮、中、沉三部充盈有力。如触收缩时蚯蚓。见图 29。蚯蚓在收缩时有实脉的脉感。



图 29　实脉如触收缩蚯蚓

——实脉的兼脉：实脉可同浮脉、沉脉、洪脉、数脉、涩脉、紧脉、迟脉、缓脉、滑脉兼脉。实脉多在机体抵抗力强，疾病致病力也强的情况下产生。如各种病毒、细菌的严重感染，急性传染病等导致的机体高热、亢奋状态。也常见消化不良，腹满饱胀，口舌生疮，大便干燥，小便赤短，泌尿、生殖系统感染等。还常见于椎间盘突出症、神经根的压迫症、脑中风等病人。

（五）实脉的脉晕点

实脉脉体上可见脉晕点，多提示相应脏器出现疾病。

实脉脉体上出现独实独不实也是临床常见脉象，但以脉晕点论之更具规范性，所谓实脉分部事实上仅只是脉晕点的变化。

(六)实脉兼脉的临床意义

表11 实脉兼脉的临床意义

实洪脉	正邪同实的情况下,机体的亢奋状态,如中毒性脑病、中毒性精神病、感染性精神病等。
实数脉	感染性疾病的发热期,如各种传染性疾病、流行性疾病、猩红热、斑疹伤害、流行性出血热等。
实涩脉	感染性疾病导致的微血管障碍,多见危重病人。
实紧脉	见于消化不良、腰腿酸痛等症。
实迟脉	肠伤寒、肠阿米巴痢疾等寒实症。
实缓脉	多见各种肿痛、肿瘤、梗阻性病变。
实弦脉	见于脑炎、脑膜炎、败血症、破伤风、狂犬病、脑性疟疾、肺炎、小儿肺炎。
实风脉	见于三高症之脑中风。
实代脉	见于感染性疾病的心脏损害。
实滑脉	见于感染性疾病的早期及发汗之际。
实促脉	见于传染性疾病的心脏损害。
实结脉	见于感染性疾病的心脏损害。

总之,实脉的不同兼象脉多见于感染性疾病的不同时期与性质或早期、中期,或寒或热,或实或虚。

(七)实脉的鉴别

凡脉来应指有力皆具有实脉的性质,但实脉必须是三位都有力。另外,实脉还应同滑脉、紧脉、弦脉、长脉、浊脉进行鉴别。

——滑脉:往来流利,应指圆滑,如盘中走珠。

——紧脉:脉数而绷急,如触壁虎尾。

——弦脉:指下端直挺然,如按琴弦。

——长脉:端直如肌腱,超寸尺。

(八)传统医学对实脉脉理的认识

邪气亢盛而人体正气不虚,正邪交争,气血壅盛,脉道坚满,故举按脉皆长大而有力。

(九)实脉示意图

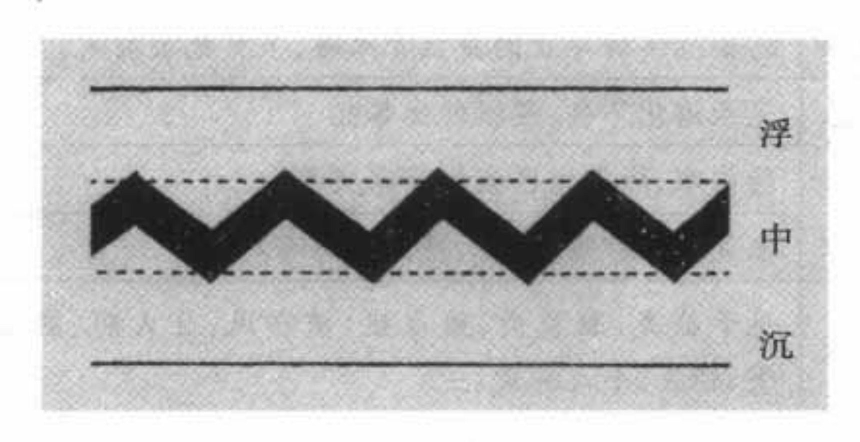


图30 实脉示意图

(十)实脉歌诀

实 脉 歌

脉实浮沉长大强,谵语吐频壮火旺。
脉实寸浮咽头痛,鼻塞舌疮咽肿红。
关力肝脾重症患,尺力腰肠痛不堪。
实洪脉主阳明狂,精神病患脾气刚。
弦实脉主热与痉,重症感染牵神经。
实力气滞血淤聚,内脏肿瘤肝脾巨。
六脉俱实见疫毒,血分有热面斑突。
左寸实力心火旺,心烦咽痛口舌疮。
左关力实肿肝脾,脘腹胀满淋巴巨。
腹胀便秘左力尺,下焦湿热尿频赤。

右寸实力咳喘痰，右关实力肿肝胆。
关尺力实间盘突，哪边实力突哪边。
寸弱交叉关尺实，高压中风人多痴。

八、长　　脉

（一）概述

长脉特指脉体长或脉势长的单因素，常见寸、尺脉的延长或寸尺脉势的延长。

（二）长脉的研究

临床上我们见到过的长脉：寸长入鱼际，尺长入肘弯，当然这只是个例，没有临床统计学意义。长脉也绝不是长到如此地步才算长，临床上只要三指所布有余即为脉长。长脉以尺脉长为多，寸脉长次之，关脉单独无长。

事实上古今所指脉的长短多是指脉体物理性质的长短，并非指脉势的长短。高鼓峰[19]的《四明心法》[20]提出"有往来之长，谓来有余韵（晕）也，此脉最善。"其意在脉长短的基础上而求脉韵（晕）的长短，这是有创意的。寸口脉脉体虽有长短之分，而脉势可另当别论。有许多人脉体长而脉势短，又有许多人脉体短而脉势长。寸口脉不论其长短，求其脉势的长短而辨别疾病其临床意义大于脉体物理意义的长短。脉的来去势能称脉势，脉势就是脉气。在寸口脉上触及三分脉势，在人体足背动脉、颞动脉、唇动脉等都能触及这种三分的脉势，而其动脉的长短显然是不一样的。

历代脉学著作和近代脉学著作常常以长竿比喻长脉，多不妥，也多余。脉长仅以三部有余为定论即可。长杆、长棍与脉象同吗？不同。当然这仅是比喻。

脉体物理性质的长短事实上仅只是脉体解剖意义桡动

脉触及范围的长短。而脉的长短非桡动脉触及范围的长短。脉象的三分脉势是由人体心脏的输出量、血管的弹力、血容量、微循环和神经的功能状态决定的。只有上述各因素相互匹配与平衡,脉象才能正常,否则是病脉。在三分的脉势中,脉势的前端应对人体的头、颈、胸(主动脉弓分支血供的范围),以寸脉感应之。脉势的中间应对人体的膈下及脐水平以上器官(腹腔动脉干、肠系膜上下动脉及肾动脉及其分属),以关脉感应之。脉势的后端对人体脐水平的器官(髂动脉及其分属),以尺脉感应之。当脉势的前、中、后(寸、关、尺)发生了不平衡或不均等现象时,独处就是病变的脏器。脉长的实质是心搏力有余、微循环阻力不够、循环血量有过、人体代谢的增强等因素。

同时,脉势的强弱和长短对脉道又有直接的鼓动作用。只要人体脉势的长短与强弱发生改变,人体的脉道也发生相应的改变,一般脉势长与强则脉道也长,脉力也强。临床上寸脉的长与强多见于心脑血管的病变,寸脉的短与弱则见心脑血管的功能减弱及不足。同样尺脉的脉力强及长,在生理状态下人体的四肢有力,肠道及生殖功能良好,精力也充沛,内经谓"长则气治"。在病理情况下,多见肠道、四肢、泌尿、生殖系统的病变。反之见其功能不足及病变。

(三)长脉的现代病理解剖学原理

——生理情况下:

❖躯体高大脉体相对长,躯体矮小脉体相对短。

❖体格强壮脉势相对强,体格弱则脉势相对弱。

❖特殊解剖学意义的脉长临床意义不大。

❖人体消瘦情况下脉道外显,脉体也长。所谓阴虚、

骨蒸、相火之脉长，多是人体消瘦情况下皮下脂肪减少、脉道的外显。

——病理情况下，脉体的长多见于脑、心血管疾病，高代谢疾病，感染性疾病，精神病或传染性疾病以及下肢神经的压迫性病变。

（四）长脉的特征

——长脉的性质：特指脉体或脉势长，寸、尺脉外延的单因素。

——长脉的指感：寸脉或尺脉脉气外延。

——长脉的兼脉：长脉的脉位居中，因此长脉能同许多脉象进行兼脉或构成复合脉，如牢脉、实脉、伏脉等。长脉甚至能同短脉同时出现在同一位病人的左、右寸口脉上。但长脉不应同短脉、动脉等兼脉。长脉的兼脉主要有：浮长脉、沉长脉、长洪脉、长弦脉、长紧脉、长缓脉、长数脉、长滑脉、长涩脉、长濡脉、长边脉等。

（五）长脉的寸、尺部长及其现代临床意义

表 12 长脉的寸、尺部长的临床意义

<table>
<tr><td>寸脉长</td><td colspan="2">常见心脑血管性疾病、高血压病、中枢神经系统感染、精神性疾病、肺部疾病、气管支气管疾病、头昏、脑肿瘤、心脏肥大等。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">关脉上出现强弱大小不等的脉晕点</td><td>阳性脉晕点</td><td>膈下及脐水平以上脏器（肝胆脾胃胰、胰头、十二指肠、肾、肾上腺等）的增大、肿瘤、急性炎症、功能亢进等。</td></tr>
<tr><td>阴性脉晕点</td><td>膈下及脐水平脏器的功能减退、慢性炎症、囊肿、神经的长期阻滞等。</td></tr>
<tr><td>尺脉长</td><td colspan="2">多见泌尿生殖系统炎症、肿瘤、腹部胀满、大便干燥、输尿管积水，性功能亢进，腰椎间盘突出症等。</td></tr>
</table>

总之，长脉以柔和有神、没有脉晕点为正常。若出现长脉的兼脉和脉晕点或绷紧若牵绳的脉感则必有疾病。

（六）长脉及分部的现代临床意义

见上。

（七）长脉兼象脉的现代临床意义

——浮长脉：常见于感染性疾病的中后期，也见于高血压病、肝炎、胆道疾患、感染性精神病等。

——沉长脉：常见于慢性肝炎、慢性胆囊炎、慢性胃肠疾病等。

——长洪脉：多见于感染性精神病、感染性疾病或老年性高血压、心室肥大等。

——弦长脉：高血压病、血管硬化、急性白血病、周围神经炎、心脑血管疾病、精神分裂症。

——长紧脉：急腹症、腹痛、疝牵涉痛、肝病等。

——长缓脉：慢性胃肠疾病、下肢骨关节疾病等。

——长数脉：多见于感染性疾病的高热症状及高代谢性疾病如甲状腺机能亢进等。

——长滑脉：长期嗜酒或慢性消耗性疾病等。

——长涩脉：常见于感染性疾病的中后期，也见高血压病、肝炎、胆道疾患、感染性精神病等。

——长濡脉：见于肠道疾病。

——长边脉：多见脊髓、背部软组织无菌性炎症等。

总之，长脉兼浮、洪、数、弦、紧多见感染性疾病，兼滑、濡、涩、缓、紧多见肠道和下肢疾病等。

（八）传统医学对长脉脉理的认识

阳热内盛，实邪壅滞，正气未衰，正邪相搏，脉则坚满故脉长。

（九）长脉示意图

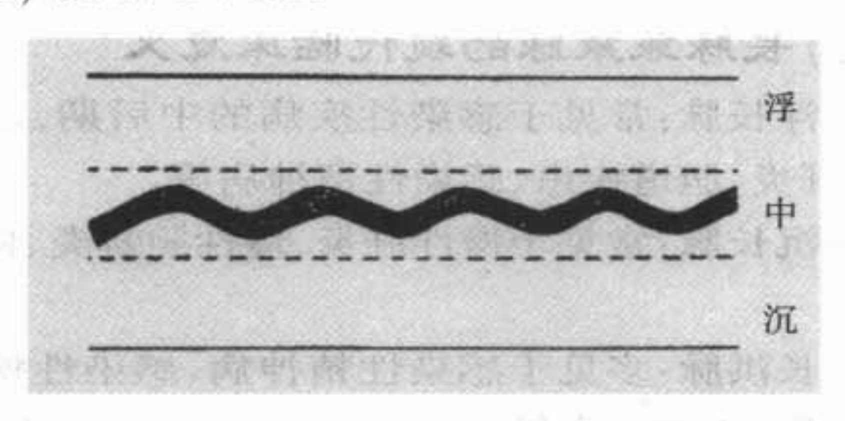


图 31　长脉示意图

（十）长脉脉诀歌

长　脉　歌

过于寸尺脉名长，阳明肝胆实火旺。
滑濡涩缓紧肠疾，浮洪数弦内热伤。
寸长心火口咽干，尺长神衰少腹胀。
个大脉长平脉称，瘦身长滑多骨蒸。
四季准随四时象，百脉冲和长柔常。

九、短　　脉

（一）概述

短脉特指脉势短缩，不满本位的单因素。

（二）短脉的研究

历代脉学著作中以《脉诀》对短脉的记载最被医家认可，如“短者阴也，指下寻之不及本位曰短”。《脉诀》虽然被后人认为是伪著，但我们追求的是对脉学的正确认识。例如《脉诀》将《脉经》的数脉去除，错误是原则性的。

关于短脉，古代医学著作中也有不尽如人意的记载，如《脉理求真》记载有“凡微、涩、动、结皆属短类”。其错误是明显的。从脉的阴阳属性上它们可属一类，但把微脉、涩脉、动脉、结脉都说成是短类实是不合适。《中国医学大词典》论短脉时说：“沉而不及也。”将短脉附加有沉的脉素，“不及”不能没有分部，否则有无脉的误解。而李经纬主编的《中医大辞典》[21]对短脉的认识较经典。

短脉的短并不是脉体的短，只是脉势的短也就是脉气的短。脉体的短是指桡动脉的短。桡动脉短有几种情况：

——桡动脉的寸部短：

❖桡动脉在腕部被覆韧带之前分支。

❖桡动脉在腕部韧带前下行入肌腱间。

❖桡动脉腕前中断。

❖腕部韧带过宽将桡动脉覆盖。

❖身高过矮、生理性桡动脉短。

除身高高矮这一生理因素外，上述四种情况都是罕见的个例，而寸脉短在临床上则是多见的脉象，显然寸脉短不是上述情况。

——桡动脉的尺部短：

❖桡动脉的肌间穿出点向腕部前移。

❖尺脉部皮下脂肪覆盖形成尺脉短。

❖身高过矮生理性尺脉短。

显然，除生理性尺脉短以外上述理由经不住推敲。

事实上，脉动是心脏的收缩力、脉管的弹力、血容量的多少、微循环的功能状态决定的。

首先，寸脉的产生及其脉力主要来源于心脏的收缩力及微循环的匹配状态；心脏的收缩力弱、微循环阻力小，则寸脉的脉气短或脉力弱。心脏的收缩力强、微循环阻力大，则寸脉的脉气长或脉力强。收缩压高的原因主要是心脏的高收缩力与微循环高阻力的组合。收缩压高则寸脉多长或寸脉的脉力强。舒张压的维持主要是主动脉弓及大血管的收缩弹力与微循环的阻力匹配状态。尺脉在一定程度上反映出这种匹配情况。尺脉的脉气短或脉气弱则动脉的弹力将降低而人体的血压也下降。临床上但凡尺脉脉短或脉力的下降，则人体的四肢、肠道、泌尿、生殖功能多会减退。中医的肾气虚就是这一道理。但凡尺脉的长或脉力的增强则人体除生理情况下其四肢、腰椎、肠道、泌尿、生殖必见病变，这与

神经的压迫有关。

其次，寸口脉上各分部的减弱，人体相应脏器的机能也会发生相应的减弱。这是因为寸口脉气是人体脏器脉气的叠加，这种脉气叠加的顺序是按人体胚胎发育的先后为顺序。而叠加的层次（即脉位）则按人体平卧时自上而下的态势。

如果某人的寸脉长或脉力强，这说明此人的心每搏输出量也大，微循环阻力大。一旦条件适合如低头持重，微循环有破裂的可能，这是长脉及寸长脉或寸脉脉力强多出现心脑血管疾病的脉理基础。如果寸脉的短或脉力的减弱，则提示心、脑的血供不足、血行缓慢或淤滞，临床上以脑供血不足、脑梗塞为多见，详见风脉。

就脉的长短让我们来做一实验：把一段弹性乳胶管接上水龙头，此时水龙头会意心脏，乳胶管会意桡动脉，乳胶管的尾端会意末梢循环并把水龙头由小渐大的开放。现象和结论如下：

其一，水压大时水喷得远，水压小时水喷得近。它会意心脏搏动力的强弱对微循环充盈度的作用。若是管末端的张力低部分是微血管的阻力小。

其二，在乳胶管末端将管尾捏住（把管内气体排出），渐开水龙头。这时会出现水小时乳管的末断瘪，水大时管尾的张力最大。它会意出脉的短，一是因为心脏的搏动力弱；二是血容量的减少。实验还告诉人们：脉管的长度与脉势不全是一回事，特别是寸脉短更有此道理。

历代脉学著作中还有关于关脉短的记载。如《诊家正眼》[22]、《脉诀汇辨》、朱氏《中医诊断学》、《脉诀启悟注

释》[23]等诸多脉学著作均载有关脉短一语。寸口脉分成寸、关、尺脉三分,关脉在中,寸口脉无论怎样的短也短不到关脉,关脉如短,则必是关寸脉的同短或关尺脉的同短。

身矮与身高其寸口脉都要分出寸、关、尺三部,矮与高只是布指的舒密问题,矮有多矮是矮,高有多高是高,古今尚没有具体的资料可供参考。笔者临床统计认为:凡中国人身高在154厘米以下为矮,其寸口脉道不足三指也应三等分,该脉短应是生理性短。凡身高在176厘米以上为高。身高在177厘米以下脉超三指为长。身高在176厘米以上脉长多是生理性脉长,应三分寸口即舒布指。机械地把高矮与脉的长短相提并论是不科学的,因为这就遗忘了脉气的长短。有一点必须指出的是:不论身高与矮,只要脉体上有脉晕点都是病脉。

(三)短脉的现代病理解剖学原理

寸脉短

——心脏疾病导致的心排血量的减少。

——血容量的不足。

——微血管阻力的减小。

——脑神经的损伤,如脑缺血、梗塞心脏本身供血不足等。

尺脉短

——主动脉弓及动脉的弹性降低,舒张压降低。

——血容量的不足。

——腰神经的压迫、下肢、肠道、泌尿、生殖功能不足。

——脑中风时支配肢体的中枢神经元损伤。

(四)短脉的特征

——短脉的性质:短脉特指寸、尺脉的脉气短非脉体短或寸、尺脉同短。

——短脉的指感:寸、尺脉气的各不及指或寸、尺脉的同不及指。

——短脉的兼脉:短脉按脉理不应同实脉类、长脉类兼脉,但也见实脉类浊脉与短脉的兼脉,如浊短脉或浊风短脉等。常见短脉的兼脉有:浮短脉、沉短脉、短迟脉、短数脉、短滑脉、短涩脉、短促脉、短代脉、短结脉、浊短脉、风短脉等。

(五)短脉的现代临床意义

——寸短的现代临床意义:见于各种心脏病、心肌病、心瓣膜性疾病、室间隔缺损,也见感染性心肌病,脱水及电解质紊乱、失血。见于心脏血供不足、心衰、脑梗塞。还见于耳鸣、耳聋,甲状腺机能减退,肺萎缩、气胸等。

——尺脉短的现代临床意义:见于腰神经的慢性压迫,泌尿、生殖、肠道的慢性病变和功能不足。如慢性肠胃炎,大便不规律,小便淋漓,月经不规则,不孕症,闭经,下肢骨关节的病变或脱钙,脑中风后遗症等。下肢的缺如两年内脉不短反而强(其原因是心脏功能的相对为强)。

——寸、尺脉的同短:多见人体的气血不足、机能不足等,常见于危重病人。

（六）短脉兼脉的现代临床意义

表 13 短脉兼脉的临床意义

浮短脉	见于外耳、心肌、脑、肺部、肠道的病毒性、感染性疾病等。
沉短脉	见于心脑血管、肺、气管支气管、消化、肾上腺皮质、慢性疾病。
短迟脉	多见于消化系统疾病。
短数脉	心肺功能的不足。
短滑脉	多见于酒精性神经性病变。
短涩脉	贫血、血淤性疾病。
浊短脉	冠心病。
短结脉	缺血性心脏病等。
短促脉	缺血性、心肌性疾病及各种心脏病。
短代脉	见于缺血性心律失常，常常见病情危恶。
风短脉	多见脑中风。

总之，短脉以寸脉、尺脉分属脏器的血供不足、功能低下为主。

（七）传统医学对短脉脉理的认识

中医认为痰食积滞，或气郁血淤，阻滞脉道，脉气郁郁不伸，故见脉体短缩，气虚不足。血行鼓动无力，也见脉体短缩。

（八）短脉的鉴别

短脉属虚脉类，因而短脉应同虚脉类鉴别。虚脉类的共同特点是，脉气应指无力。此外短脉还应同动脉进行鉴别。

——短脉：寸、尺脉气的不及本位。

——动脉：脉动如豆，厥厥动摇，余部俯下。

——虚脉：浮、大、柔，按之无力。

——微脉：脉细无力，似有似无，模糊不清。

——细脉：脉细如发丝，应指清晰。

——代脉：脉来时一止，止有定数，间歇稍长，节律不整。

（九）短脉示意图

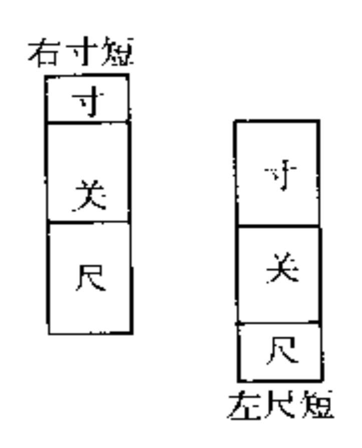


图32 短脉示意图

（十）短脉脉诀歌

短 脉 歌

短见寸尺缩向关，气不统血以虚观。
浮短脉见气血贫，沉短正虚慢病生。
迟短胃肠病因寒，短数心肺功不全。
短涩淤滞微循环，短滑数脉酒毒欢。
浊短冠心脑血少，结促代短心病敲。
寸短肺津心血耗，胸闷气短心悸多。
双尺脉短阴阳虚，慢性贫血后无继。
尺短之脉需细辨，力按寸关尺显短。
个小脉缩非脉短，力按寸关关势显。
二指脉长三分开，因人布指舒密裁。

十、弦　　脉

（一）概述

弦脉应指如按琴弦，是指脉管张力增高的单因素。

（二）弦脉研究

弦脉在《内经》最早以季节脉形式提出："春脉如弦。"在《难经》中确立为弦脉。张仲景《伤寒论·平脉法》载有"弦者状如弓弦，按之不移也"。此是弦脉的最佳提法。至此弦脉具体运用于临床。《内经》、《难经》及张仲景均认为纯弦脉是肝的真脏脉，以应指的力度及其独特的形象"刀刃"、"新张弓弦"来形容脉弦的程度，并认为"纯弦脉者死"。

古人对弦脉的正确认识，来源于临床实践的反复验证。几千年来，弦脉为肝病的脉象表现形式，它集中了中医古医学的人文和智慧，直至今日"新张弓弦"、如寻"刀刃"仍然是晚期肝病的脉象表现形式。其脉弦的力度，形态仍然是脉象判断肝病严重程度的有效方法。

弦脉作为一种脉象形式，历代医学家对其描述基本趋于一致，它是一种脉力增高的脉象表现形式。不少的脉学著作把弦脉视为复合有紧的脉素，这是不妥的。例如张仲景、王叔和、孙思邈、《脉诀》、《外科精义》等。近代研究认为绝大部分遗传性高血压患者脉弦而有力。

典型的弦脉是端直以长。在弦脉上寻找脉晕点与临床诊断相吻合，详见脉晕点章。

（三）弦脉的现代病理解剖学原理

——外周阻力的增加。

——桡动脉弹性模量的增加。

——心脏收缩力的增加。

——有效循环血量的增加。

——神经及体液的影响。交感神经兴奋时脉象出现生理性脉弦，费兆馥[24]在观察阴虚火旺患者时，发现弦脉与体内儿茶酚胺的升高有关。陈可冀[25]用注射肾上腺素的方法观察弦脉的产生及血压的升高并认为：外周阻力的增高弦脉才能产生，并认为弦脉是脉象诊断高血压的重要依据。张家庆[26]及熊鉴然[27]、殷文治[28]通过脉波传导速度的加快并认为弦脉的产生原理与血管壁的紧张度有关。

（四）弦脉的特征

——弦脉的性质：弦脉特指脉有力的单因素。

——弦脉的脉感：如按琴弦，内径云“端直以长”。特点：按脉管壁时脉体稍下沉，脉气消失。见图33。



图33 弦脉如触琴弦

——弦脉的兼象脉：弦脉能同许多脉象组成各种脉力增高的兼象脉。

（五）弦脉的现代临床意义

——常见于高血压病、血管硬化、动脉粥样硬化。

——肝胆疾病、肝硬化、肝癌。

——严重的疼痛，如急腹症、软组织的有菌及无菌性炎症。

——慢性气管炎、慢性肾炎、慢性胃肠炎、恶性肿瘤的晚期，急慢性发作性胰腺炎，慢性神经性病变如坐骨神经炎，脑神经病变，癫痫等。

——植物神经功能的紊乱：交感神经的兴奋，肾上腺素及醛固酮的增加等。

（六）弦脉的分部及其现代临床意义

弦脉的寸口分部及其临床意义见弦脉的临床意义及弦脉的脉晕点章。

（七）弦脉的兼脉及其现代临床意义

临床常见弦脉的兼象脉有：浮弦脉、沉弦脉、弦迟脉、弦数脉、洪弦脉、弦细脉、弦缓脉、弦滑脉、弦涩脉、弦长脉、浊弦脉等。弦脉一般不同散脉、濡脉、弱脉等无力之脉兼脉，动脉一般不与弦脉兼脉，实脉中有弦脉脉素因而不与弦脉兼脉。

弦脉兼脉的临床意义：

——弦细脉：神经官能症、精神病、高血压病、甲亢、交感神经异常兴奋、肾上腺素分泌增多、肺病、肝脾肿大、血吸虫病、疟疾、黑热病、白血病、伤寒、慢性肝炎、胆囊炎、胃

炎、胃十二指肠炎、胃溃疡、胃癌、食道痉挛等。

——弦缓脉:见于春季为正常脉,夏、秋多见胃、肠及下肢骨关节疾病。

——洪弦脉:见于部分高血压病、感染性疾病患者。

——弦数脉:见于小腹痛、疝气、先兆流产等。

——弦浊脉:高血压及高血脂患者,无临床症状者也见驾驶员。

——弦涩脉:见于神经系统疾病、疟疾等。

总之,弦脉及其兼脉临床上以高血压、神经衰弱、肝病、肠道疾病、高度神经兴奋为多见。

(八)传统医学对弦脉脉理的认识

中医认为弦脉是脉气紧张表现,邪滞肝胆,肝失疏泄,气机郁滞,痰饮内阻,气机不畅,疼痛系阴阳失和,气为血阻,疟疾寒热交作,脉气失和,均可导致脉气的紧张而出现弦脉。若脉弦而细有力,如寻刀刃,则是胃气竭绝之象,病多不治。

(九)弦脉的鉴别

弦脉应同长脉、紧脉、牢脉、革脉等进行鉴别。

——弦脉:弦脉脉气的紧张度较大,指下挺然,端直以长,有直起直落如按琴弦之感。

——紧脉:紧脉亦感紧张度较大,但脉气绷急有按捺不住的感觉,如触壁虎尾巴在离体时刻。

——牢脉:是沉、长、实、大、弦五脉的兼脉,与弦脉有沉、实、大三方面的不同。

——革脉:革脉是芤脉与弦脉的兼脉,革脉是表面的弦而按之内部空虚。

——脉弦如弹石：血管硬化症，用力按血管壁及余部下沉，脉气不消失。脉弦按则余部下沉不明显，脉气消失。这两种弦的性质不同，在高血压动脉硬化及肝病的脉弦之鉴别有临床意义。

（十）弦脉示意图

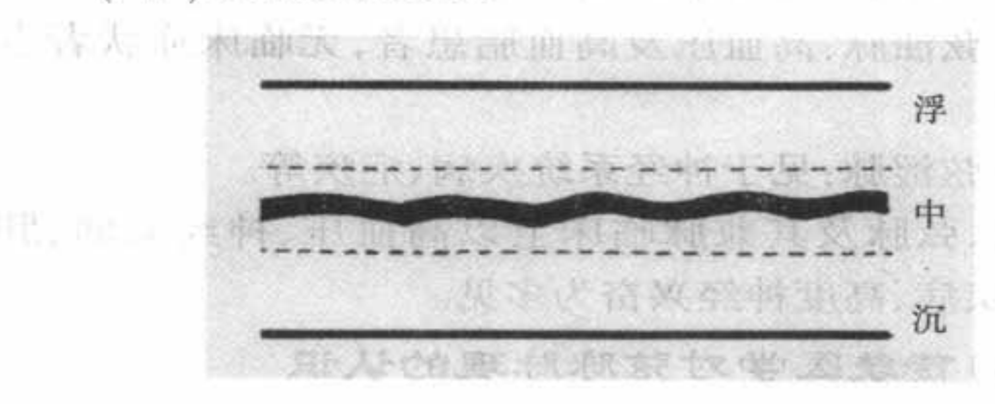


图34 弦脉示意图

（十一）弦脉脉诀歌

弦 脉 歌

弓弦挺指脉为弦，疟疾官能患肝胆。
紧如绳索左右弹，脉牢弦长沉伏间。
过于尺寸脉为长，革按鼓皮芤叠弦。
芤触尺桡两道边，空似葱管血少缘。
边脉尺桡弦一边，多主疼痛筋肉炎。
寸弦头痛或咳痰，中焦炎肿寻于关。
尺弦脐下腿酸挛，脉平春暖弦而缓。
肿瘤炎症与肝胆，劲急如刃危重观。
肝阳头涌脉力弦，低头出力防偏瘫。
弦细多见神经官，肝胆脾胃肿或炎。
余部皆下非脉弦，脉气不消管硬坚。

十一、紧　　脉

（一）概述

紧脉是脉管紧张度增加及脉气绷急的复合脉。

（二）紧脉研究

历代脉学著作中以张仲景《伤寒论·辩脉法》“紧脉者，如转绳无常也”对紧脉的认识最为经典。张仲景在紧脉的认识上始终贯穿着与弦类似的思想，这就构成了紧脉的定义：脉弦有力，如转绳无常之势。李时珍在《濒湖脉学》中记载有“与紧脉来往有力，左右弹人手，如转索无常，数如切绳，如纫箄线”。李时珍总结了《内经》“左右弹人手”，《脉经》“数如切绳状”，以及朱丹溪[29]“如纫箄线”诸说。可以说就紧脉而言，李时珍是颇有心得了。

应该一提的是，唐朝孙思邈在《千金翼方》中记载有“按之短实而数，有似切绳状，名曰紧”。孙思邈就紧脉的短、实、数的复合性认识对后世有一定影响，直至明朝李中梓在《医宗必读》中加以纠正。其曰：“数与紧皆急也，脉数以六至得名，而紧则不必六至，唯弦急而左右弹状如切紧绳也。”至此紧脉才如其脉韵一样抖去了短、实、数等假说。

笔者认为，用“切紧绳”来形容紧脉的脉势有一定的韵味，但与切紧脉的真实脉感有很多的差异。笔者的体会是如触离体的壁虎尾巴，紧而绷急，极不稳定。见图35

（当触及壁虎尾巴时，壁虎的尾巴立即与身体断离，离体的壁虎尾巴将剧烈的摆动。似脉感有张力大而不稳定之感）。

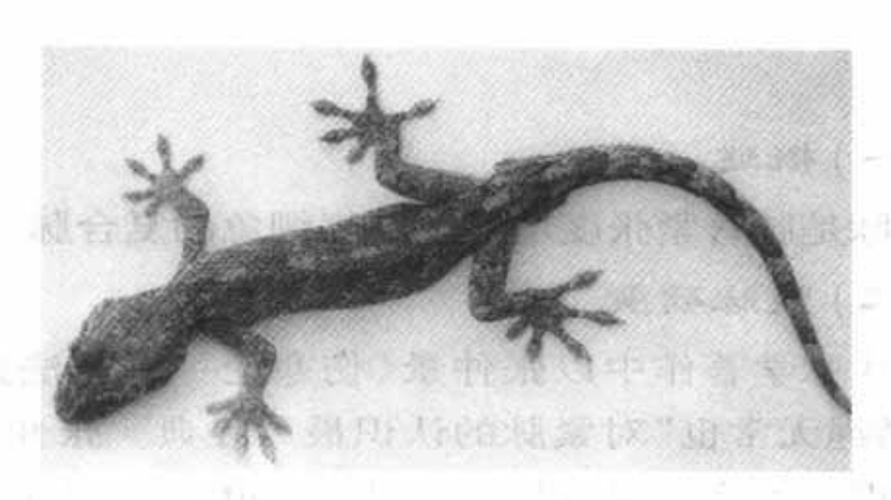


图 35　紧脉如触离体的壁虎尾巴

（三）紧脉的现代病理解剖学原理

紧脉与弦脉的区别主要是弦脉端直以长，紧脉脉势的不稳定。而它们形成的原理都有相似之处，但又有其不同，弦脉的产生因素主要是：

其一，血液对血管壁的压力增加。

其二，脉管壁的张力增加。

其三，末梢循环阻力的增加。

紧脉的产生因素主要是：

其一，体液在没有明显丢失的情况下心脏的收缩力加强每搏输出量的增加，心脏收缩与舒张幅度增加（心脏收缩加强有力原因是感染因素的作用下，丘脑对心脏的调节）。

其二，血管紧张度的增加。

其三，末梢循环阻力的增加。紧脉通过神经体液的调

节和前三种力的作用，产生了脉势不稳定，如切离体壁虎尾巴的态势。

（四）紧脉的特征

——紧脉的性质：紧脉特指脉象的张力增加及脉势的不稳定。

——紧脉的指感：如触壁虎尾巴，紧而绷急。如切转动的绳梢（绳体在转动，绳梢切指下）。如紧勒奔马的缰绳。

——紧脉的兼脉：常见与浮脉、沉脉、迟脉、数脉、实脉、滑脉、涩脉兼脉。紧脉不应同弦脉兼脉，也不应同动脉兼脉，如兼脉容易混淆脉感。紧脉同微脉的兼脉也是不合脉理的。微脉是似有似无的脉，不能和脉管张力增加的紧脉兼脉。紧微兼脉见于《脉经》。

（五）紧脉的现代临床意义

紧脉见于各种感染性疾病的早期病人，例如肠道传染病、破伤风、流行性感冒、支气管炎和哮喘、肺气肿、脑膜炎、胃肠神经官能症、癫痫、风湿性关节炎等。

（六）紧脉三部的现代临床意义

——寸紧：左寸紧，见于胸膜炎、心包炎、心源性哮喘、心肌病、心绞痛、左项痛等。右寸紧，见于肺炎、肺心病、气管炎、支气管哮喘、胸膜炎等。

——关紧：左关紧，见于胃肠官能症，肋神经痛、胰腺炎、脾周围炎、左带状疱疹等。右关紧，见于胆囊及胆道感染、胰腺及胰头炎症、肝炎等。

——尺紧：左尺紧，见于乙状结肠炎，左附件炎、左下

肢疼痛等。右尺紧,见于泌尿、生殖系感染、输卵管妊娠破裂等。

(七)紧脉兼象脉的现代临床意义

浮紧脉、沉紧脉、紧迟脉、紧数脉、实紧脉等见有关章节。

紧滑脉——多见低热、呕吐等急慢性胃肠炎及蛔虫感染,如胆道蛔虫症。

紧涩脉——女性不孕症,疝气、睾丸炎、附睾炎、气血郁滞等。

总之,紧脉及其兼脉以感染性疾病的微循环阻力及心搏力的增加为多见。

(八)传统医学对紧脉的认识

中医认为寒性收引,寒邪内侵,脉道拘急,故脉形绷急,正气欲迅速驱邪外出,则气血运行加快,可形成数而绷急的脉象。

(九)紧脉示意图

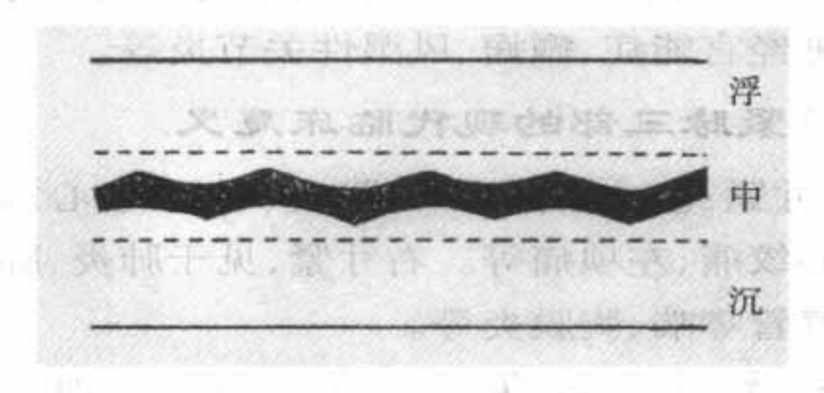


图36 紧脉示意图

(十)紧脉脉诀歌

紧 脉 歌

紧切绳梢绷急揪,壁虎断尾左右弹。
浮紧表寒沉紧里,内外诸痛主于寒。
寸紧头胸气血挛,脘腹挛痛寻于关。
尺紧阳虚肢痛冷,脐下寒湿后继难。
紧滑脉主胃肠寒,上吐下泻与睾坚。
表寒内热脉紧数,清里解表青龙煎。
左寸脉紧多气短,风寒束表头目眩。
右寸脉紧心肺患,气结血瘀通在先。
左关脉紧胃脘痛,右关脉紧痛肋间。
左尺脉紧寒腰腿,右尺紧脉频尿烦。
六部脉紧风痫症,角弓反张口流涎。

十二、滑　　脉

（一）概述

滑脉特指脉流利度增加的单因素。

（二）滑脉研究

滑脉的指感标准，《脉经》说："往来前却，流利辗转，替替然，与数相似。"历代医家对《脉经》就滑脉的"流利"一说，尊为权威，翻开历代脉学著作，滑脉指感皆同《脉经》的流利。明朝的李时珍在《濒湖脉学》中言滑脉时说："滑脉往来前却，流利辗转，替替然，如珠之应指，漉漉如欲脱。"李时珍赞同王叔和对滑脉流利的认识，反对滑脉中有数脉的看法，提出滑脉有"珠之应指，漉漉如欲脱"则是后人"如盘走珠"的初说。

事实上滑脉仅是血行的流利，绝不是脉象频率的改变，滑脉中没有数脉的成分。如有则是滑脉与数脉的兼脉。

（三）滑脉的现代病理解剖学原理

滑脉的产生与外周阻力的锐减、心收缩力的加强、血管的弹性回缩力的增加有直接的关系。心脏大力收缩，血流流速加快，外周阻力降低，导致血行前方无阻碍，血管的弹性回缩（包括微循环血管的收缩）则形成血流共振的态势。血管内的血流前行是心脏的动力作用，只有在血行阻力小、血流加速时才会出现血流的前却和回晕，这又是血

管弹性回缩的作用。诸力作用的结果则形成脉感的滑动,如盘中走珠、荷露、钟摆的韵味。

——健康人生理性滑脉:血管的弹性好,心输出量正常,外周阻力小的情况下出现。

——病理性滑脉:末梢血管扩张、动脉弹性模量减少、血管内膜壁光滑、血液黏稠度降低的情况下产生。

——妊娠性滑脉:体内激素(孕激素)水平增加,末梢血管扩张,心输出正常或稍增加。妊娠性滑脉的特点是左寸脉、右尺脉、右关脉或右关尺脉脉浮滑,形成三点共振态势。妊娠性滑脉与月经、排卵时滑脉在脉感上不易鉴别,它们的原理是:

❖心输出量有增加,左寸脉浮滑。

❖子宫及盆腔的血供增加,右尺脉浮滑。

❖肝解毒工作加强或门静脉回流增加的右关尺浮滑脉。

傅聪远[30]通过观察献血员或正常人饮酒后心血管功能改变并引出滑脉,这种滑脉则有心输出量减少的特点,与病理性滑脉相似。并用静脉输入右旋糖酐溶液或静脉点滴扩血管药物桑寄生提取液等,所产生的实验性滑脉与生理性滑脉所具备的心血管特征相同。

另外,李浩然[31]对滑脉进行观察与研究,发现病人在发热将汗之际的滑脉出现率占95.8%,支气管咯血、肺结核、肾结核、溃疡病等患者出血之前均是滑脉。并发现高热病人在退热后2~3天内有滑脉者均再发热。在菌痢、肺结核、尿路感染及慢性肾炎等患者,即使临床治愈而脉滑者均非痊愈。

（四）滑脉的特征

——滑脉的性质：特指脉形流利的单因素。

——滑脉的指感：应指流利，有盘中走珠、荷露、钟摆之韵。见图37（荷叶上露水珠荡漾滚动）。

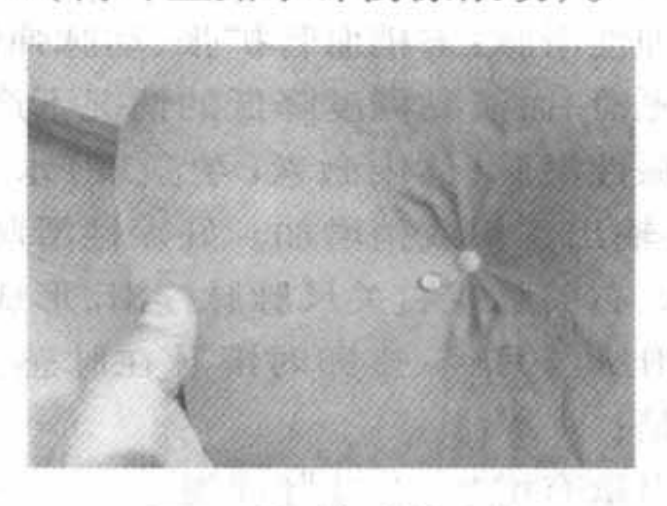


图37　滑脉如荷露之韵

——滑脉的兼脉：作为脉滑的因素能同许多脉象兼脉。常见有：浮滑脉、沉滑脉、散滑脉、细滑脉、滑数脉、实滑脉、弦滑脉、滑缓脉、滑迟脉、弱滑脉、虚滑脉、长滑脉、短滑脉、风滑脉、洪滑脉、濡滑脉等。滑、涩脉之间不应兼脉，因为她们脉性相反。滑、动脉不应兼脉，因为动脉有滑脉的脉素。

（五）滑脉的现代临床意义

滑脉临床上常见各种原因导致的贫血，肝脏疾病（如肝硬化、肝癌、重症肝炎），风湿性疾病，系统性红斑狼疮的活动期，白血病，恶性肿瘤，妊娠高血压，急性感染性疾病，食物中毒、急性胃肠炎，急、慢性肾炎的浮肿期，各种发热病人或发热病人的汗前，休克病人的微血管扩张期，排卵或妊娠、女子午休后，男子射精前及遗精后均可出现滑

脉。临床实践证明,脉滑是有部位之分的。

(六)滑脉分部的现代临床意义

——寸脉滑:见于心、脑、肺、气管支气管、胸部、咽部感染性疾病,过敏性疾病的发热期和疾病的恢复期,也见脑出血前后,甲状腺机能亢进,甲状腺肿,颈淋巴结肿大等。

——关脉滑:见于肝、胆、胰、胃、肾、十二指肠炎症的早期及恢复期,也见呕吐,肿瘤,脾机能亢进,颈淋巴结肿大,妊娠,排卵,午休后等。

——尺脉滑:见于肠道,泌尿、生殖、前殖腺,下肢的炎症、出血、淋巴结肿大等。

——左寸脉滑:见于左脑出血,左耳鸣,左鼻窦炎,心肌炎,心内膜炎,心包炎,左肺气管支气管炎,左胸膜炎,月经期,妊娠、排卵、午休后等。

——右寸脉滑:见于右脑出血,右耳鸣,右鼻窦炎,右肺气管支气管炎,右胸膜炎,咽炎等。

——左关脉滑:见于脾、胃、胆、胰、左肾、左肾上腺炎症,肿瘤及肿瘤的全身转移,长期低热等。

——右关脉滑:见于肝胆、胆道、胰腺、胰头、十二指肠、右肾、右肾上腺炎症,肿瘤、结石等。

——左尺脉滑:见于乙状结肠炎,左输尿管结石,左附件肿块等泌尿生殖系及左下肢炎症、结石、出血、疼痛等。

——右尺脉滑:见于右输尿管结石、右附件炎症肿块及泌尿生殖系、左下肢病变、妊娠等。

——左寸右关尺脉滑:见于女子月经、排卵期及午休后,也见于早中期妊娠。女子妊娠绝不能仅从左寸、右关

尺脉滑定论，左寸、右关尺脉滑必须排除妊娠等。

（七）滑脉兼象脉的现代临床意义

——细滑脉：见于神经衰弱，癫痫，脑部感染，脑外伤及中毒，肠胃不佳等。

——散滑脉：见于脑中风患肢侧脉象。

——滑缓脉：若营卫充实则为健康脉象，病则多见内热。

——弱滑脉：多见于泌尿生殖系统感染性疾病。

——风滑脉：见于出血性脑中风。

——濡滑脉：见于耳源性耳聋、迷路炎及晕车晕船等。

——浮滑脉：沉滑脉、滑迟脉、滑数脉、虚滑脉、实滑脉、长滑脉、短滑脉等兼脉见各章。

（八）传统医学对滑脉脉理的认识

中医认为实邪壅盛而正气未虚，正邪交争，气实血涌，故脉往来流利。

（九）滑脉示意图

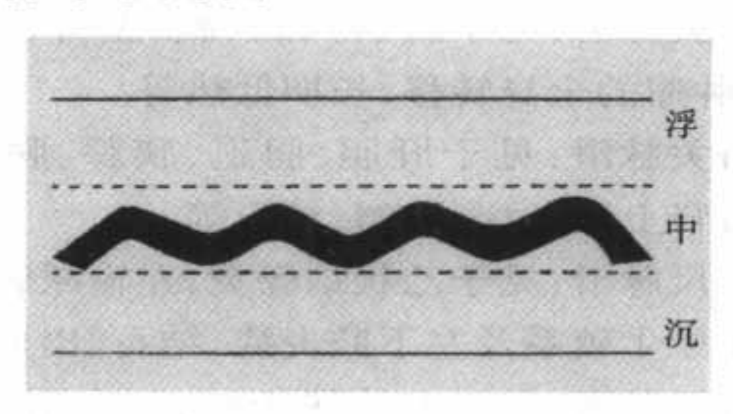


图 38　滑脉示意图

（十）滑脉脉诀歌

滑 脉 歌

盘中走珠似脉滑，血行流利代谢加。
上见咳吐下炎症，古把滑脉定有娃。
左寸脉滑心悸烦，右寸脉滑胸肺炎。
关滑宿食肝脾热，尺炎生殖泌尿前。
弦滑痰火耳鸣聋，气滞血瘀肝脾肿。
痰厥头痛肢节冷，妇科炎症难妊娠。
脉细滑数肝亏阴，癔症精神或官能。
食厥中焦脉滑实，腹腔肿块秘便赤。
濡滑脉主晕车船，支扩肺痨支肺炎。
颅内疾患脉细滑，精神萎靡面失雅。
脉滑无力浊便频，妊娠子痫频发痉。
左寸脉滑心经痰，狂躁中风或错乱。
左关脉滑肝炎脾，肋胀体倦心烦急。
左尺脉滑脐下炎，泌尿、生殖炎列腺。
左寸脉滑膈胸炎，肺痈胸水炎气管。
右关脉滑肝胆热，舒清肝火后涤痰。
女子脉滑需细辨，脸红排卵及经前。
脸白行经与经后，休把滑脉与孕连。
左寸右尺滑闭经，理化检查定妊娠。
男左脉大滑数强，反见右弱女褓褓。
右尺脉滑右腹患，阑尾回盲右附件。

十三、涩　　脉

（一）概述

涩脉特指脉形的不流利，是血行涩滞的单因素。

（二）涩脉的研究

考历代脉学著作，唯《察病指南》对涩脉的记载最符合涩脉的形象标准："如轻刀刮竹。"此书最为简明并形象地道出了涩脉的指感形象性韵味和标准。余书皆因《脉经》对涩脉的解释不够精确而被误导。《脉经》载"细而迟，往来难且散，或一止复来，一曰浮而短，一曰短而止"。显然《脉经》中涩脉的细、迟、散、结、浮、短仅是涩脉的兼脉，而不是涩脉的必备脉素。近年吴鸿洲主编《一百天学中医诊断》认为涩脉脉素为"细、迟、短"。考其原因，可能是涩脉的脉形特殊，指下实难体会与掌握，因而诸子百家难以言状，不得不借许多辅助条件加以说明。《脉经》作为"寸口脉"的范文，后世脉学有所摘录，这是中国文化人引经据典的习俗。

（三）涩脉的现代病理解剖学原理

涩脉是脉行涩滞为主要特征的脉象。临床上绝大多数病人其心电图的表现为心房纤维颤动，也见部分室性及房性早搏及Ⅱ型房室传导阻滞。此类病人的心排血量明显下降，外周阻力增加，血管的顺应性也降低，同时心血管的功能也有明显的损害，其表现为：①心律不齐；②脉动强

弱不等。血行涩滞将是一种综合因素:①心功能不足和心排血量的减少或心率的减慢;②血容量的严重不足;③微循环的障碍;④血液黏滞度增高等。

(四)涩脉的特征

——涩脉的性质:脉形不流利的单因素。

——涩脉的指感标准:血行涩滞,其韵如"轻刀刮竹"这种竹子的表面一定是不光滑。见图39。

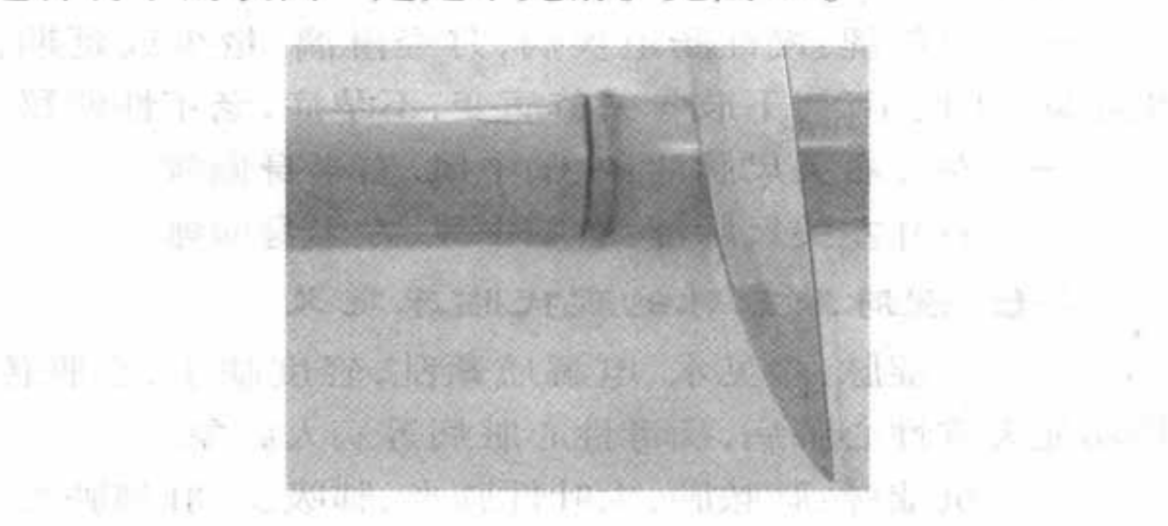


图39 涩脉如轻刀刮竹

——涩脉的兼脉:涩脉为纲领性单因素脉象,它能同许多脉象进行兼脉。常见兼脉有:浮涩脉、沉涩脉、紧涩脉、涩数脉、涩迟脉、弦涩脉、细涩脉、弱涩脉、长涩脉、短涩脉、浊涩脉、结涩脉等。

(五)涩脉的现代临床意义

主要见有效血容量的不足、微循环的障碍及心血管的功能不足或严重的心脏疾病。常见有:各种严重的心脏病,重病导致的水电解质紊乱、重度脱水、慢性消耗病人的晚期,休克病人的微血管淤血期等。

(六)涩脉分部的现代临床意义

——寸脉涩:脑、心、肺的功能不佳及其供血不足,记忆力下降,胸闷,耳听力下降,心脏的器质性病变等,脑中风病人的脑损害。

——关脉涩:胃肠功能的低下,慢性胃及十二指肠疾病,肝、胆功能的不足,慢性胰腺炎,免疫力低下,中医的肝气淤滞等。

——尺脉涩:慢性肠道疾病,月经淋漓、量少或延期,更年期,小便不尽,下肢骨关节病变,不孕症,老年性便秘。

——左寸右关尺脉涩:左脑中风、右半身偏瘫。

——右寸左关尺脉涩:右脑中风、左半身偏瘫。

(七)涩脉兼象脉的现代临床意义

——浮涩脉:多见水、电解质紊乱,轻度缺水,心脏传导功能失常性心脏病,病毒性心脏病等病人脉象。

——沉涩脉:肺脓肿、大叶性肺炎、肺吸虫、肝脾肿大、肝癌、胆囊炎、结石、月经不调、生殖器炎症、囊肿、肿瘤、内膜移位等。

——涩迟脉:见于各种贫血、如缺铁性贫血、巨细胞性贫血、溶血性贫血、再生障碍性贫血等。

——涩数脉:见于严重的心脏病,严重感染性疾病的微血管障碍如感染性休克等。

——长涩脉:见于肠道疾病、妇科病等。

——短涩脉:贫血、血淤性疾病,脏器的缺血等。

——紧涩脉:气血郁滞,寒冷严重冻疮病人等。

——弦涩脉:神经系统疾病、肝病、疟疾等。

——涩缓脉:见于各种肠道疾病、食道疾病、关节病

变等。

——细涩脉：阴虚血亏及血滞等。

——弱涩脉：见于严重的贫血、血滞等危症。

——浊涩脉：见于心、脑血管疾病。

——结涩脉：见于心脏疾病。

（八）传统医学对涩脉脉理的认识

中医认为精亏血少，脉道失于濡养，血行不畅，脉涩滞无力，痰食胶固，气滞血淤，阻滞气机，血行艰涩不畅脉涩而有力。

（九）涩脉示意图

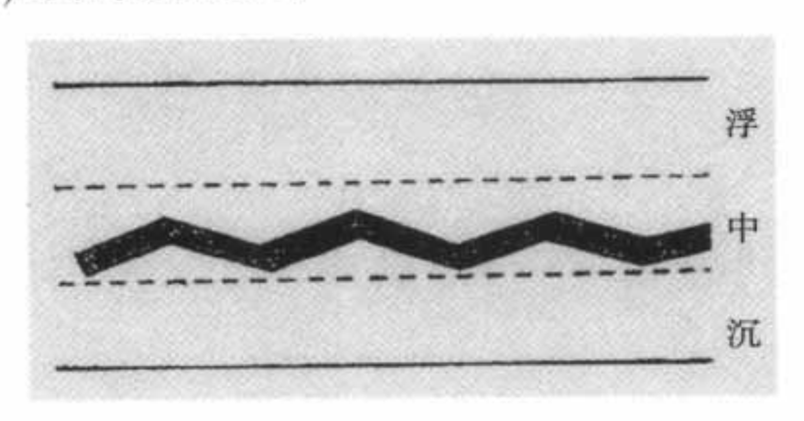


图 40 涩脉示意图

（十）涩脉脉诀歌

涩 脉 歌

轻刀刮竹涩来难，浮沉不别有无间。
涩缘血少或伤津，休克血瘀病头心。
寸涩心痛脑血瘀，肝胆胰胃涩关区。
尺伤津血盆腔内，多见瘀痛与寒虚。
肝胆炎肿脉细涩，腹满络胀面灰色。
产后感染脉涩弦，恶露难尽眼昏倦。

虚涩脉见症官能，全身不适睡不沉。
营虚血少脉涩缓，人无精神四肢寒。
胸闷心痛脉涩乱，朝发夕死生命短。

十四、洪　　脉

（一）概述

洪脉特指脉象的来势大。

（二）洪脉研究

作为一种独立脉形，洪脉在历代脉学著作中的称谓是不尽相同的。早有《内经》谓之"钩脉"，也有"大脉、洪大脉"的称法。《脉经》后则以洪脉或洪大脉称之。真正将"钩脉、大脉"称为洪脉的仍然是《脉经》。在指感标准上洪脉也有一部发展史，《内经》谓"累累如连珠，如循琅玕"，如"钩"。《外科精义》言："如洪水之波涛涌起，浮沉取之有力，其中微曲如环如钩，故夏脉曰钩，钩即洪脉也。"李时珍《濒湖脉学》言："洪脉来时拍拍然，去衰来盛似波澜。"《脉诀汇辨》言："状如洪水，滔滔满指。"《脉语》[32]言："如江河之大，若无波涛汹涌不得谓之洪。"《三指禅》[33]言"水面上波翻浪涌"等。纵观古代脉学著作，各家就洪脉的来势和去势加以解说，并多以波涛汹涌的态势来形容洪脉的脉势，其中也常常概括有脉的脉势、脉位、节律，脉的频率、脉力，脉的大小甚至脉的迟数。事实上洪脉论脉势仅是来势的大，并无需附加条件。论脉位，洪脉浮沉皆有脉。论节律，洪脉可律不齐。论频率，洪脉可数可不数。论脉力，洪脉的脉力大不如革、弦，至少脉力一定要大于虚脉。论脉的大小，洪脉之大，其管径并不能超过实、

浊等脉。诸上都没有抓住洪脉的特点。

近代有脉学家提出："洪脉即是大脉。"此语并非完全正确。笔者认为：洪脉仅是大脉的一种，而不单是大脉。单以大脉称洪脉则失去了波涛汹涌之势，来盛去衰之韵。另外历代脉学专家也绝不会弃"大"而独遵"洪"。"脉大"给笔者的印象是：①脉力必强；②管径必粗；③脉体可长；④脉的振幅大；⑤脉的来势强。显然洪脉脉力，其大不如革、弦。管径大，不超实、浊。脉长，超不过长脉。振幅之大，难超于紧。洪脉的大唯独在于脉的来势强，这是洪脉独特于他脉的地方。生活中，我们发现：当在短脉章中的实验，高速地水流快速流过软管时，水管的尾端可快速地摆动，而抛出的水流恰如洪脉的韵味。朱氏《中医脉诊学》在言正常人夏季大脉时说："脉体宽大，但无脉来汹涌之势。"他指的是特定环境和正常人的生理脉象而非病脉。临床上也见部分瘦高个或虚热的病人有大脉。

近代脉学著作《中华脉诊的奥秘》言："脉形满大而鼓，状如洪水，来盛去扬，三部皆然。""来盛去扬"的"扬"有向上的力感，有《内经》的"钩"意。

（三）洪脉的现代病理解剖学原理

——在机体抵抗力尚高的前提下，各种致病因子导致的心功能亢盛状态下的心脏每搏输出量的增大，脉压差的增大。

——外周血管的阻力降低，血流速度的加快。

——脉管的管径增大。

（四）洪脉的特征

——洪脉的性质：洪脉单指脉来势大的单因素。

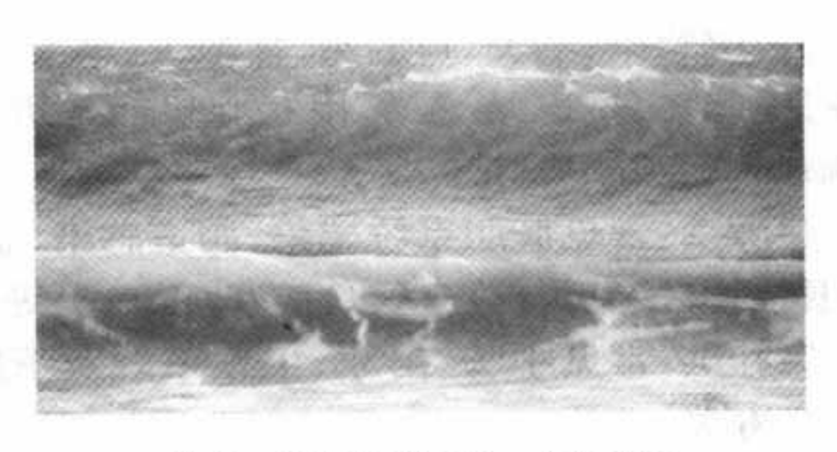


图41　洪脉如江河之水波涛汹涌

——洪脉的指感：势如波涛汹涌之水冲，韵有来盛去衰之悠长。若初醉酒壮汉的脉。

——洪脉的兼脉：洪脉能同许多脉象进行兼脉，但不能同涩脉、细脉、濡脉、微脉、散脉、牢脉、伏脉、动脉等兼脉，这是洪脉的脉理所决定的。又因为洪脉中有浮脉、沉脉的脉素，因而洪脉也不应再同浮脉、沉脉兼脉。常见洪脉的兼脉有洪长脉、实洪脉、洪滑脉、洪弦脉、洪紧脉、洪数脉、洪代脉、浊洪脉等。但洪脉的浮、沉成分尚有成分多少之分，望读者注意观察因为洪脉浮沉成分的多寡，与病情的轻重、病程的长短及其辨证关系有关。

（五）洪脉的现代临床意义

洪脉必须是在机体的抵抗力尚好的前提下方可产生，它是机体的一种亢奋状态。常见各种传染性疾病，严重的感染性疾病，如高热等。也可见风湿系性心脏病的二尖瓣或主动脉瓣关闭不全，先天性心脏病，如动脉导管未闭等，甲状腺机能亢进，饮酒或夏天炎热剧烈运动等。

（六）洪脉寸口分部的临床意义

——寸脉洪：多见脑组织感染性疾病，头面部感染性

疾病，上呼吸道感染，咽炎，口腔炎，牙龈炎，鼻炎，鼻窦炎，扁桃体炎，腮腺炎，淋巴结感染，甲状腺机能亢进，先天性心脏病，肺部、胸腔感染等。

——关脉洪：常见肝胆系统感染，胆道感染，急性胰腺炎，脾周围脓肿，多见眼部不适，口腔炎症、口臭等。

——尺脉洪：常见小肠、泌尿、生殖系统及下肢炎症，健康老人高寿等。

——左寸脉洪：多见口舌生疮，急性结膜炎，心包炎，先天性心脏病，左脑组织感染，咽炎、扁桃体炎，左肺部感染等。

——右寸脉洪：多见肺、支气管感染，右脑组织感染，右鼻窦炎，右中耳炎等。

——左关脉洪：多见各种呕吐、腹胀，脾周围炎全身淋巴结炎等。

——右关脉洪：多见胆囊炎、胆道感染，胰头炎，肝脓肿，右膈下脓肿，肝硬化腹水等。

——左尺脉洪：多见小肠急性炎症，附件炎，乙状结肠炎，泌尿、生殖系统感染、，臀部及左下肢感染等。

——右尺脉洪：多见性欲亢进，遗精、早泄，右附件炎等。

（七）洪脉兼脉的现代临床意义

洪长脉：见于高热，传染性疾病，感染性疾病等。

洪滑脉：见于上呼吸道感染，气管、支气管炎，心脑血管疾病，感染性疾病等。

洪弦脉：见于部分感染性疾病及心脑血管疾病。

洪数脉：见于早期感染性疾病。

实洪脉:多见于早期传染性疾病及精神病病人等。

浊洪脉:见于心血管疾病及其合并感染性疾病患者,也见于高血脂病人的酒后。

洪紧脉:见于化脓性感染病人及肺、支气管感染病人。

洪代脉:见于感染合并心脏病患者。

(八)传统医学对洪脉脉理的认识

中医认为内热充斥,气盛血涌,脉道扩张、脉势汹涌,故脉洪。但久病正虚,虚阳浮越则见危象。

(九)洪脉示意图

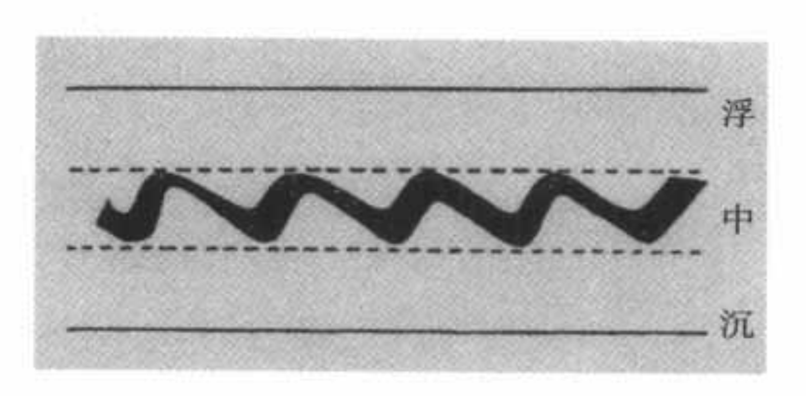


图42　洪脉示意图

(十)洪脉脉诀歌

洪　脉　歌

脉洪盛来指下飙,波涛迫岸逐浪高。
脉实浮沉大弦长,浊血浑厚似泥浆。
虚浮大软革鼓皮,弦似弓弦紧勒缰。
寸洪心火上焦炎,胸痛咳痰与哮喘。
肝火胃虚关内洪,肾虚阴火寻尺中。
洪大脉见胃火冲,耳鸣齿肿牵头痛。
洪滑脉见脑中风,右肢瘫灶左寸中,

脑干全瘫双寸里，活也阿斗与死同。
脉洪无力阴津伤，邪盛不虚洪大强。
左寸脉洪上焦炎，咽红龈糜红舌尖。
胸痛痰稠右寸洪，摄片诊排肺胸脓。
左关脉洪虚热胃，颈部淋巴网织内。
右关脉洪移浊音，呕血蛙腹怒青筋。
左尺脉洪肛周疡，右尺关洪性欲强。
双寸皆洪热肺心，肝胆脾胃热关寻。
双尺皆洪正气旺，八十老人不扶杖。

十五、革　　脉

（一）概述

革脉特指芤脉与弦脉的兼脉。革脉即有芤脉的中空，又有弦脉的上弦，可形象描述为"如按鼓皮"。

（二）革脉的研究

历代脉学著作中，首先描述革脉的是张仲景。

其著《伤寒论·平脉法》载有"脉弦而大，弦则为减，大则为芤，减则为寒，芤则为虚，虚寒相搏，此名为革"。脉学大家王叔和在论述革脉时，将牢脉误认为是革脉，在历史上产生了一定的负面影响。其曰："革脉有似沉伏，实大而长微弦。"历史上的革、牢不分，究竟是王叔和的错误还是历史的沧海桑田，一时我们难以推论。但王叔和的脉学成就是名冠于历代脉家的，他不可能出现那样的是非错误，何况《脉经》是着重参考于仲景脉法的。后世脉学著作围绕着革脉的两种不同说法，产生了两种并行相悖的脉派。当然仲景的正确定论仍然是历史的主流。李时珍的《濒湖脉学》传播最广，其在论述革脉时就简化了张仲景的革脉，其曰："革脉弦而芤，如按鼓皮。"这也是张氏革脉成为历史主流的另一原因。

（三）革脉的现代病理解剖学原理

——血容量的严重不足。

——血管的弹性降低。

——外周阻力的增加。

——内脏牵涉性神经病。

（四）革脉的特征

——革脉的性质：特指芤弦脉的兼脉，是浮大中空而上边实的复合脉。是一种边脉与芤脉的兼脉形式。

——革脉的指感：管壁弦而中空浮大，如按山东大葱葱管白。见图43。古人言："如按鼓皮。"

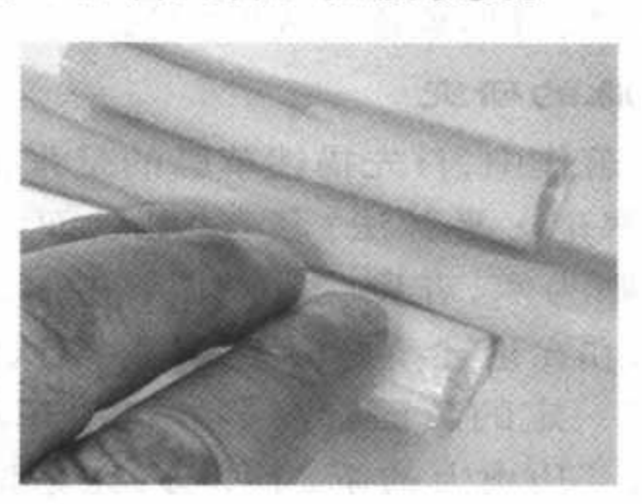


图43 革脉如触山东大葱的葱管白

——革脉的兼脉：革脉的兼脉仅见于与脉的脉律或脉率的兼脉。如革数脉、革迟脉、革代脉等。

（五）革脉的现代临床意义

革脉多见于感染性疾病，神经性疼痛，失血，抽搐，痉挛，妇女月经不调，流产等疾病。临床上也见心肌梗死，内脏肿瘤，肝胆疾病等。

（六）革脉分部的现代临床意义

大量的临床实践告诉我们：革脉有三关分部的异同，我们必须进一步加以总结。它的原因可能是：病变通过神经的传导，受刺激的神经与寸口脉分属脏器的神经脊髓节

段相邻而产生这种特异的脉感。是一种芤脉与上边弦脉的兼脉形式。

——寸脉革:多见头、心、心肌、心包膜、胸腔、胸壁、胸膜、肌肉与神经的无菌性炎症合并痉挛、缺血、失水性病变。

——关脉革:见于肋间神经炎,肝、胆、胰、胰头病变,脾周围炎,肾周围炎症性病变。

——尺脉革:见于小腹痛,月经淋漓不尽,流产、产后出血,下肢抽搐、痉挛等。

(七)革脉的鉴别

革脉应同芤脉、边脉进行鉴别。革脉与芤脉的共同特点:同是中空脉。革脉与边脉的共同特点:同属边实脉,但芤脉与边脉无需鉴别,这是因为它们的脉感有明显的差别。

——革脉:中空、边实,但革脉的边实多是指由上而下的方向,而不能指左、右的方向,这种边必须是弦边。

——芤脉:中空,在左右方向有时能触及两道不弦的柔边。

——边脉:无中空。它在左右方向有一侧是线状的边也可是弦边。同时另一寸口也常有相应的边脉出现。

(八)传统医学对革脉脉理的认识

中医认为人体的亡血失精,脉道失去充盈则按之空虚,阳气无所依附而外越,则轻取弦力而中空。

（九）革脉示意图

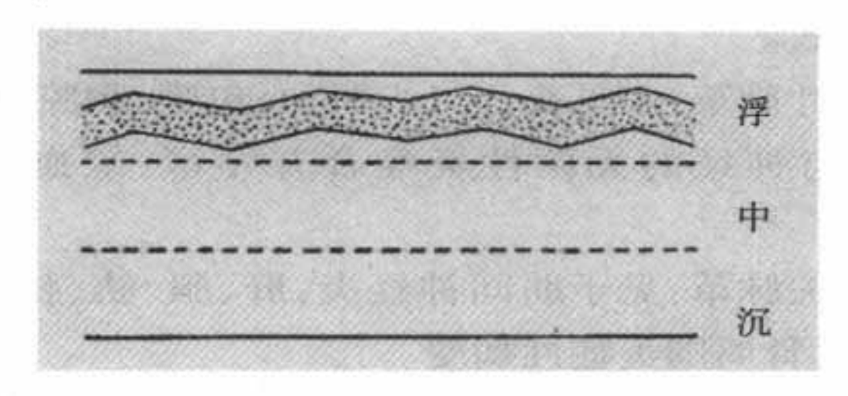


图 44　革脉示意图

（十）革脉脉诀歌

革　脉　歌

脉革形如按鼓皮，中空上弦主寒虚。
边无中空尺桡线，芤见中空二柔边。
革主疼痛无菌炎，阴虚阳越精血减。
女人崩漏或流产，男子营虚或梦欢。
左寸脉革心闷悸，胸前牵痛病心肌。
右寸脉革胸肺炎，症见肋痛与咳喘。
左关脉革脾胃虚，脘腹胀满身怠疲。
右关脉革病肝胆，心烦不适胃呕酸。
左尺脉革阳必虚，肾虚腰酸小便逼。
右尺脉革病妇科，右下腹痛急症多。

十六、牢　　脉

（一）概述

牢脉特指沉、弦、实、大、长五脉的兼脉。

（二）牢脉的研究

唐朝孙思邈在《千金翼方》中将革脉改为牢脉，至此革脉、牢脉泾渭分明。历史上革脉、牢脉的纠缠在伟人的笔下按说已经解决，但是不然，后世脉法仍然就革、牢脉有纷纭的看法……

历史上对牢脉脉素认识较全面的是李中梓，其在《医宗必读》中言："兼弦长实大之四象合为一脉也，但于沉候取之。"至此，牢脉的五大脉素：弦、长、实、大、沉已被认识清楚。

中医认为革脉浮大中空而边实，它的病理是：内虚表实。牢脉弦长实大内沉，脉理是：内实表寒。两脉有表里虚实的原则区别。《脉学辑要》[34]言："革者浮紧无根之极，牢者沉坚有根之极，当以此辨之。"

总之，牢脉是有牢固而坚，而革脉的脉理则为虚寒相搏、内虚上弦，故有"如按鼓皮"的比喻。

（三）牢脉的现代病理解剖学原理

——血管壁的弹性降低、硬化、血容量充足。

——血管外周阻力的增加，如高血压病、血管紧张度的增加、痉挛等。

——心搏出血量的增加。

（四）牢脉的特征

——牢脉的性质：牢脉是沉、弦、实、大、长五种脉素的复合脉。

——牢脉的指感：如按瘦女子手背中指掌肌腱。

——牢脉的兼脉：牢脉常见有脉的至数及节律方面的改变。



图45　牢脉如触女子手背中掌肌腱

（五）牢脉的现代临床意义

牢脉多见动脉硬化，高血压，组织器官的严重淤血，肿瘤及部分代谢性疾病等。常见有高血压、冠心病、脑血管意外，也见部分感染性疾病的抽搐，静脉曲张，周围神经炎，化脓性感染，肝内肿瘤，肾病综合征，尿毒症，慢性溃疡，结核等。

（六）牢脉寸口分部的现代临床意义

牢脉脉沉，分部之牢临床有之，但不易掌握，临诊时应注意病部与健部脉气的异同。事实上牢脉脉形的确诊主要是寸口脉的整体脉牢，一般牢脉的寸口分部多是脉晕点

的异同，也就是说在牢脉脉体上寻找脉位的、脉晕的、脉独的独异变化是掌握牢脉三部分部的有效方法。值得一提的是：牢脉虽然是沉属，但其三部（脉晕点）可以独浮牢、独牢伏。

至于牢脉的三部主病：主要应参考人体寸口脉分属表，一般浮而大的脉晕点多见脏器的体积增大、功能亢进，如肿瘤等。体积小的脉晕点多见脏器的体积缩小、功能的减退、慢性疾病等。如脉牢双关下与尺上脉沉无力可见肾病等。详见脉晕点章。

（七）牢脉兼脉的现代临床意义

牢脉常见兼脉有牢缓脉、牢迟脉、牢数脉、牢结脉、牢代脉等。在三部分属上可见浮牢脉、牢无力脉、牢伏脉等。历史上脉学著作中常见牢脉的浮脉、沉脉、大脉、实脉、弦脉、长脉的兼脉等。笔者认为：牢脉本身就是沉、弦、实、大、长五脉的复合脉，再分别同此五脉兼脉是不符合脉理的，古人无非是表示牢脉的某一成分的比例大些，事实那还是牢脉。至于浮脉与牢脉的兼脉是不合脉理的。但可见牢脉体上三部的独浮，这又是临床所常见的。

——牢缓脉：见于下肢的慢性压迫性病变，如慢性椎间盘突出症同侧脉象。

——牢迟脉：见于慢心率心脏病，如窦性过缓的冠心病、慢性风湿病、四肢溃疡病、脉管炎、冻疮等。

——牢数脉：少见于临床慢性感染性疾病，也见失血性疾病的危象。

——牢结脉：见于血管硬化及其心脏病，如冠心病的心律不齐等。

——牢代脉：见于重症心脏病等。

（八）传统医学对牢脉脉理的认识

牢脉见于阴寒内积，阳气沉潜，脉气内困。

（九）牢脉示意图

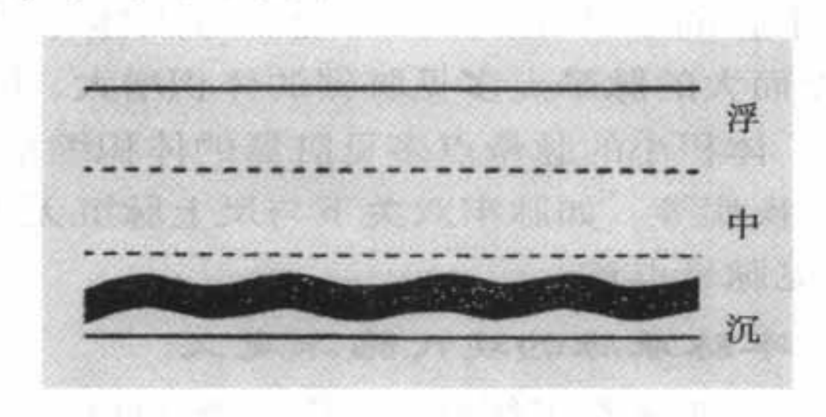


图46 牢脉示意图

（十）牢脉脉诀歌

牢 脉 歌

沉弦实大长脉牢，阴寒阳潜内积敲。
革脉芤弦叠位浮，革虚牢实脉位殊。
郁血硬化患癌肿，肾病风痉与疡毒。
左牢寻病心脑管，右查关属胰胆肝。
关尺脉牢胰肠肾，泌尿生殖尺牢坚。

十七、细　　脉

（一）概述

细脉特指脉道细的单因素。

（二）细脉研究

历代脉学著作中，以《脉经》最早把小脉、微脉规范为细脉。其载有“小大于微，常有，但细耳”。在《脉经》以前许多脉学著作多是小、微、细脉不分或没有把细脉单元化。

脉象的大小，多与脉力的强弱、脉管管径的粗细、脉位的浮沉、脉的长短互联。而脉细仅只是脉管管径细的单因素。《脉经》以前以小代细只是对细脉的形象描述方式问题，细小的结合或弃小而独谓细或小微而综合为细，这将是细脉发展的必然趋势。

纵观古代脉学著作，将细脉加入许多附加条件的有之，但细脉最终还是扬弃了脉力、脉的流速、脉的弹性、脉的长短等附加条件而独成一脉。这些附加的条件则另成濡（浮柔细软）、弱（沉细无力）、微（细而无力、似有似无、在中位）等，这也证明中医脉学是一部不断发展与完善的学科。

脉细细到多细为细？脉粗粗到多粗为粗？明朝时期吴鹤皋在《脉语》中说：“小脉（细脉）形减于常脉一倍。”

细脉是正常脉的一半，这是细脉的标准。如果排除脉气与脉晕的因素，把细脉界定在 1.5 毫米以内，这应当是

细脉的域值。比正常脉略细或略大于细脉则应是细脉的泛指了，它是指脉道的不粗，与细脉是两回事。

（三）细脉的现代病理解剖学原理

——血液及体液的不足导致脉管不被充盈。

——心脏每搏输出量的减少（以上多见脉力的减弱）。

——脉管的收缩（多见脉力的增加）。

——神经支配血管的功能失调或神经系统病变而导致的血管神经性功能失调，也见长期精神紧张而导致的脉管痉挛。

——缩血管药物的作用。

（四）细脉的特征

——细脉的性质：特指脉道细的单因素。

——细脉的指感：如触细线，如触头发。见图47[42]。

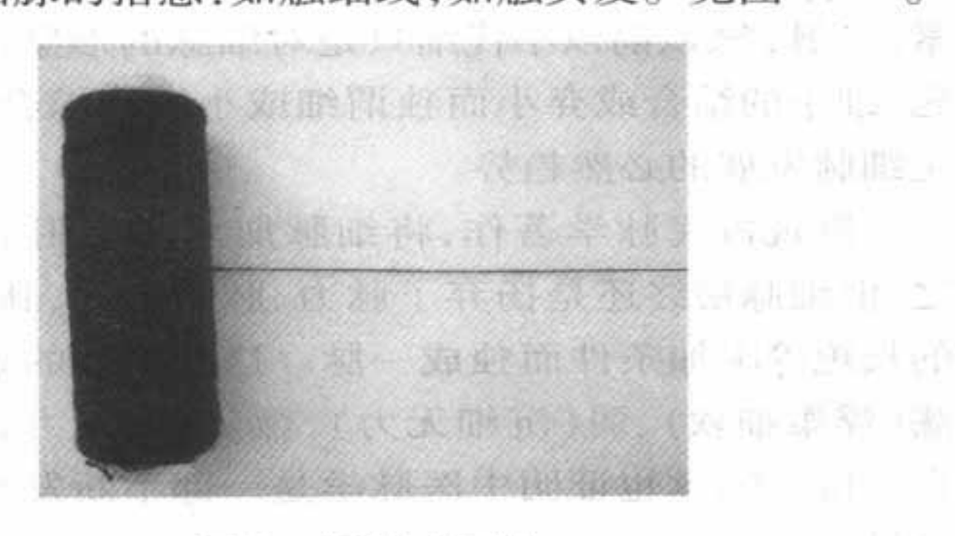


图47　细脉如触细线

——细脉的兼脉：可组成细脉类和兼象于其他脉素。细脉可同浮脉、沉脉、滑脉、紧脉、涩脉、缓脉、短脉、迟脉、数脉、弦脉等兼脉。但不应再同濡脉、弱脉、微脉兼脉，因为这些脉象都是以细脉为主要脉素。细脉原则上不应同

实脉、洪脉、浊脉等大脉类兼脉，也不应再同虚脉兼脉，事实上虚细脉也还是濡脉而已。

（五）细脉的现代临床意义

细脉在临床上常见有：

——血容量的不足，常见大出血，机体在严重失血的应激状态下，通过血管的收缩而达到血压的维持，一般出血量占总量的1/4时多可出现细脉。如消化道大出血，大咯血，鼻出血，宫外孕出血，外伤性大出血等。

——心脏低排血量性疾病，如心肌梗死，心瓣膜的高度狭窄，心包积液，狭窄性心包炎，严重的心肌病变及心力衰竭等病变。

——早期的休克，如低血容量休克，心源性休克，中毒性休克的微血管障碍。

——慢性病变，如慢性营养不良，长期的神经衰弱，肝脏的慢性病变，高肾素性高血压，剧烈的疼痛，精神紧张等。

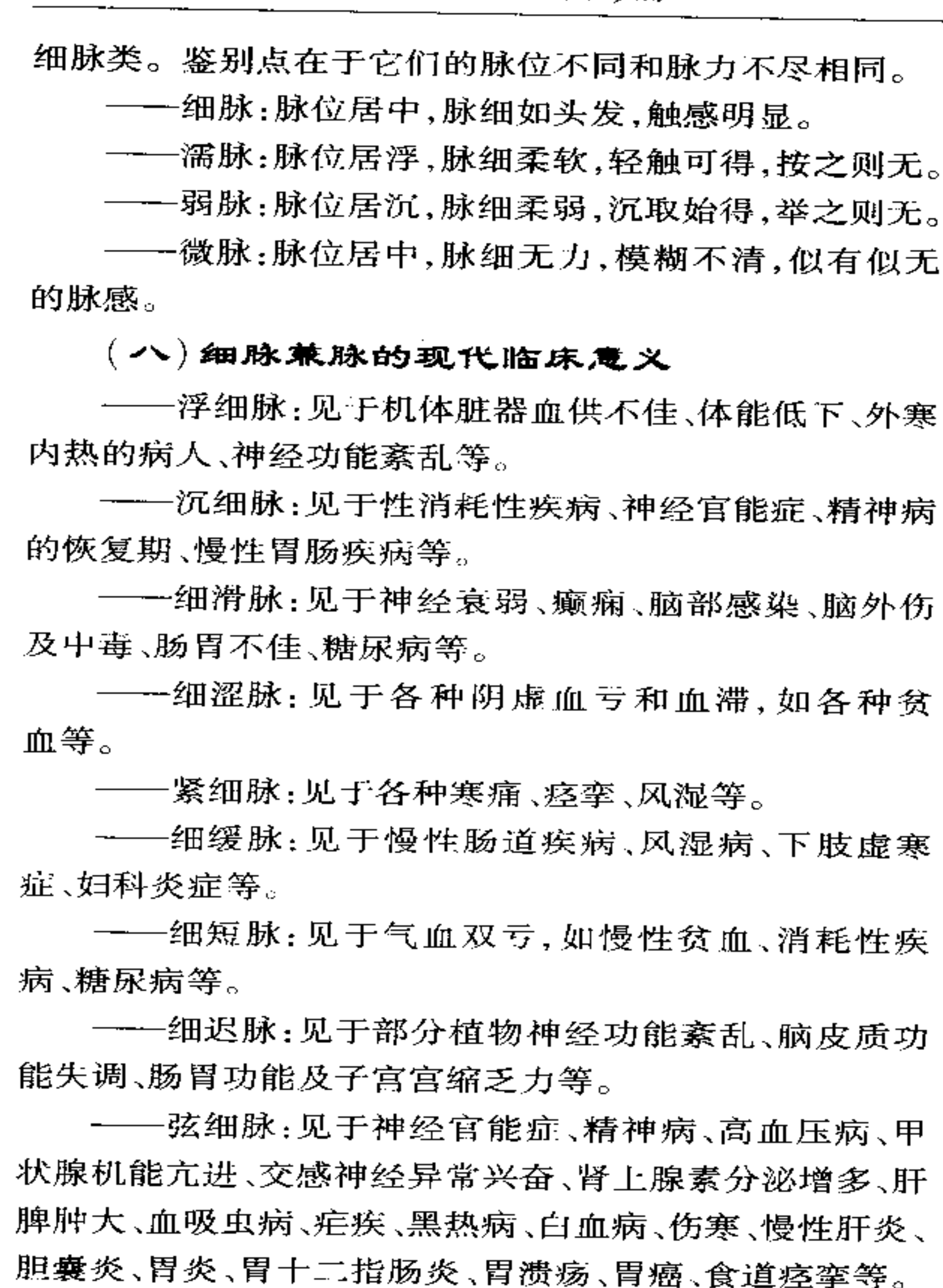
——神经系统的病变，支配血管的神经功能减弱而导致的血管变细。

（六）细脉分部的现代临床意义

细脉的“细”是桡动脉管径的细，在这种意义上来说，桡动脉一般不会发生一段管径细一段管径粗的怪现象。但临床上细脉脉道上会出现寸关尺三部脉气不等同的现象，这种脉气的不等同变化，实际上仅是细脉的脉晕点脉象的变化，详见脉晕点章。

（七）细脉的鉴别

细脉应当与微脉、濡脉、弱脉进行鉴别，因为它们同属



细脉类。鉴别点在于它们的脉位不同和脉力不尽相同。

——细脉：脉位居中，脉细如头发，触感明显。

——濡脉：脉位居浮，脉细柔软，轻触可得，按之则无。

——弱脉：脉位居沉，脉细柔弱，沉取始得，举之则无。

——微脉：脉位居中，脉细无力，模糊不清，似有似无的脉感。

（八）细脉兼脉的现代临床意义

——浮细脉：见于机体脏器血供不佳、体能低下、外寒内热的病人、神经功能紊乱等。

——沉细脉：见于性消耗性疾病、神经官能症、精神病的恢复期、慢性胃肠疾病等。

——细滑脉：见于神经衰弱、癫痫、脑部感染、脑外伤及中毒、肠胃不佳、糖尿病等。

——细涩脉：见于各种阴虚血亏和血滞，如各种贫血等。

——紧细脉：见于各种寒痛、痉挛、风湿等。

——细缓脉：见于慢性肠道疾病、风湿病、下肢虚寒症、妇科炎症等。

——细短脉：见于气血双亏，如慢性贫血、消耗性疾病、糖尿病等。

——细迟脉：见于部分植物神经功能紊乱、脑皮质功能失调、肠胃功能及子宫宫缩乏力等。

——弦细脉：见于神经官能症、精神病、高血压病、甲状腺机能亢进、交感神经异常兴奋、肾上腺素分泌增多、肝脾肿大、血吸虫病、疟疾、黑热病、白血病、伤寒、慢性肝炎、胆囊炎、胃炎、胃十二指肠炎、胃溃疡、胃癌、食道痉挛等。

——细数脉:见于各种贫血、结核、神经功能紊乱、神经衰弱、精神分裂症、膈肌痉挛、心脏疾病、胃部疾病、血液病、脚气病、糖尿病等。

(九)传统医学对细脉脉理的认识

中医认为:血虚导致脉管不能充盈;气虚无力鼓动于脉;湿邪困阻脉道。故脉细如线,软弱无力。

(十)细脉示意图

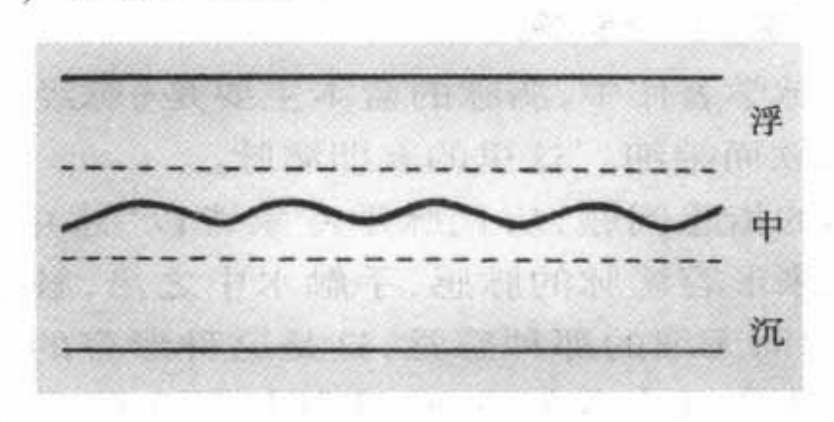


图48 细脉脉示意图

(十一)细脉脉诀歌

细 脉 歌

脉细如线沉浮显,阴阳气血虚衰观。
少壮春夏此脉病,老弱秋冬可见平。
寸细沉见胸闷痰,中焦虚炎细沉关。
寸关皆细尺脉短,肢软肠炎盆腔染。
泻痢下寒左尺细,右尺脉细寒肾元。
缓细胃肠关节痛,短细血亏气不充。
滑细中枢多有痰,紧细疼痛关节挛。
弦细失神迟细疼,数细正虚多感染。
神经官能脉细线,寻医求药无功返。

十八、濡　　脉

（一）概述

濡脉特指浮、细而软三种脉素的兼脉。

（二）濡脉的研究

历代脉学著作中，濡脉的蓝本主要是《脉经》。其曰："软脉，极软而柔细。"这里的软即濡脉。

濡脉的指感问题，历代脉学专家皆以"水中漂帛"的形象描述来形容濡脉的脉感，手触水中之帛，触之一定是浮、软无力而无细的那种感觉，这是这种形容的缺点。在大量的临床实践中我们发现：濡脉与触女孩手背静脉的浮、软、细感觉相似。

（三）濡脉的现代病理解剖学原理

——心脏搏动无力，每搏输出量减少。

——血管弹性、阻力的降低。

——血容量的不足。

这是构成濡脉的三要素。

（四）濡脉的特征

——濡脉的性质：濡脉是浮、细无力脉的复合脉，脉象必含浮、细、软三要素。

——濡脉的指感：如触女童手背静脉。

——濡脉的兼脉：濡脉可出现至数、节律的变化。不应同浮脉、沉脉、细脉、弱脉兼脉。不应同沉脉、弱脉兼脉

的原因是脉位的不同，但临床上可见寸口分部的独沉、独浮等。与浮脉、细脉的再兼脉是赘兼。常见濡脉的兼脉有濡缓脉、濡迟脉、濡数脉、濡滑脉、濡滑数脉。

（五）濡脉的现代临床意义

濡脉多见于体质虚弱，慢性贫血、慢性消耗、体能低下、脏器功能低下、免疫低下性疾病。中医认为是阴阳双虚，气血双亏或主湿等。

（六）濡脉寸口分部的临床意义

濡脉由于脉体柔小，要在寸口分部上寻独濡独不濡，很难与濡脉上的脉晕点进行区分，但濡脉脉体上的三部独浮、独沉，脉晕的独大、独小、独坚如沙粒的脉感易寻。古脉书中的三部主病，事实上也只是分部之独或脉晕之独（脉晕点。濡脉的独浮与独沉只是濡脉脉晕点浮、沉脉素的比例之独，无须联系于弱脉。见脉的兼脉原则）。

——寸浮濡：多见于自汗、神经衰弱、甲状腺机能亢进，贫血性头痛等。

——寸沉濡：多见于胸闷、气短、头晕、心脑供血不足、机能不良等。

——关浮濡：见于急性胃肠炎症，肝胆疾病，糖尿病等。

——关沉濡：见于慢性胃肠功能不良、长期情绪忧郁、免疫力低下、慢性消瘦等。

——尺浮濡：见于肠道、下肢、泌尿、生殖系统炎症、疼痛、肿块等。

——尺沉濡：见于肠道、下肢、泌尿、生殖系统的功能不足、寒冷、酸痛等。

（七）濡脉兼脉的现代临床意义

——濡迟脉：见于四肢寒冷、肠胃功能不良、末梢神经炎等疾病。

——濡缓脉：见于慢性气管炎、支气管炎、慢性胃病、胃肠消化不良、肝胆慢性疾病、妇科疾病、下肢骨关节病变等。

——濡数脉：多见于气管支气管、上呼吸道感染、肠道疾病、妇科疾病、泌尿系疾病等。

——濡滑脉：多见于气管支气管炎、上呼吸道疾病、耳源性眩晕等。

——濡结脉：见于心脏病的心悸、气短等。

——濡滑数脉：见于各种肠道疾病。

（八）传统医学对濡脉脉理的认识

中医认为阴血不足、脉道不充，阳气失敛则外浮，湿邪困滞则脉动无力，故脉浮细而无力。

（九）濡脉示意图

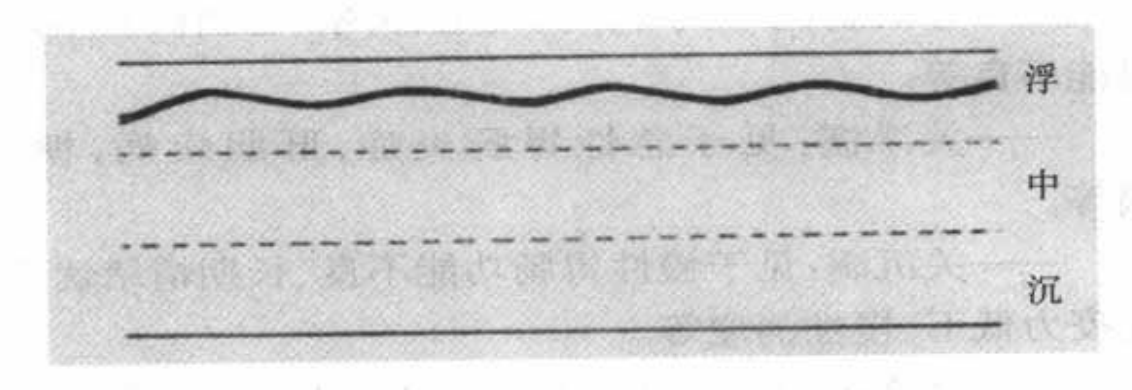


图49　濡脉示意图

(十)濡脉脉诀歌

濡 脉 歌

濡浮柔细脉失充,触手静脉十岁童。
极细欲绝中称微,沉细柔弱线细中。
轻刀刮竹血涩行,广义之细各不同。
濡见寸浮自汗多,寸沉心脑弱负荷。
脾胃虚寒濡关沉,关浮脉濡必虚阴。
脉濡尺沉虚寒肾,尺浮脐下诸炎生。
濡迟濡缓关节寒,濡结心悸胸闷烦。
濡数体虚多上感,百损诸虚皆求关。

十九、弱　脉

（一）概述

弱脉特指沉、细、无力脉的复合脉，与濡脉在脉位上对举。

（二）弱脉研究

在《脉经》以前，濡脉与弱脉是界限不清的。是王叔和把濡脉界定为浮细无力，弱脉界定为沉细无力。自《脉经》后，濡、弱二脉才各立门户。

关于弱脉的客观形象描述，以李言闻《四言举要》"柔小如绵"和齐德之《外科精义》"绵绵如泻漆之绝"最为形象。如油漆在倒完时那样的纤细柔软，如棉花纤维那样的细软。根据临床实践，结合自身体会，弱脉的脉感，如触人小指第三指节动脉。

（三）弱脉的现代病理解剖学原理

——心功能不全，心脏每搏输出量的减少。

——有效循环血量的不足。

——血管内压减弱（血管弹性回缩，脉管细柔）。

（四）弱脉的特征

——弱脉的性质：弱脉是沉、细、无力脉的复合脉，脉含沉、细、柔三要素。

——弱脉的指感：如触小指第三指节动脉。

——弱脉的兼脉：弱脉可有脉的至数、节律等性质的

兼脉。如弱滑脉、弱涩脉、弱缓脉、弱数脉、结弱脉、弱代脉等。历代脉学著作中关于弱脉的兼脉,有些不太严谨。弱脉不应同微脉兼脉;这是因为弱、微的兼脉再很难同弱、微二脉加以区别。另外微脉脉位在中,弱脉脉位在沉,微脉已经微乎其微,哪还能透过微触及到沉位的弱。弱脉也不应再同沉脉兼脉,因为弱脉本身就有沉脉脉素。弱脉更不应同虚脉、浮脉、濡脉兼脉,这是因为它们的脉位对举。当然弱脉应有狭义广义之分,狭义的弱脉,即弱脉。广义的弱脉,泛指各种无力之脉,例如浮无力脉、濡脉、虚脉等。否则昔贤不会将对立并不能相互兼脉的脉相提并论,这有害于后学。今天我们学习脉学,第一,不能追随大流;第二,不能约定俗成;第三,不能胶柱鼓瑟。

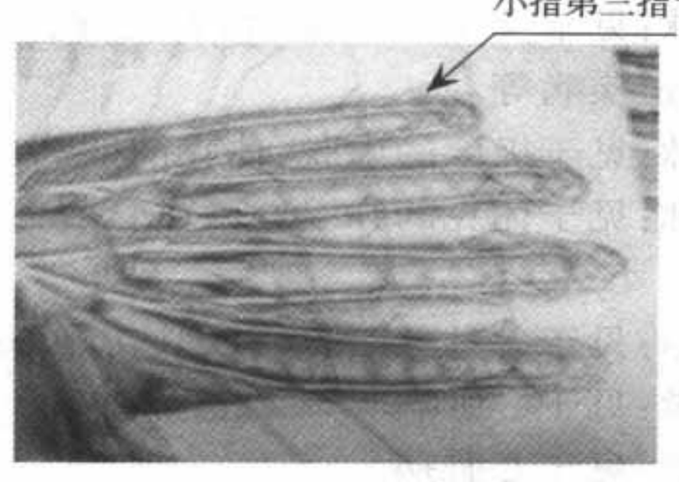


图50 弱脉如触小指第三指节动脉

(五)弱脉的现代临床意义

弱脉见于各种慢性疾病或营养不良及过度消耗性疾病。还可见严重的心功能不足、休克病人等。常见于慢性消化系统疾病、恶性肿瘤、长期神经衰弱、风湿性心脏病、

贫血、脑血管疾病的患肢脉象、慢性炎症等。

（六）弱脉寸口分部的现代临床意义

——寸脉弱：多见于脑心的供血不足，心、脑、肺、甲状腺功能不足、五官的机能不足等。

——关脉弱：多见于消化力减弱，慢性胃肠疾病、免疫力低下、慢性营养不良，肝、胆、胰腺、肾脏的机能减退、慢性炎症、消化系统的恶性肿瘤等。

——尺脉弱：见于肠道、泌尿、生殖、下肢的机能减退、慢性炎症等。常见症状有：二便不调、小便不尽、不能自控、月经不调、不孕、性功能低下、下肢酸寒、骨关节功能不足与病变中风后遗症的下肢功能障碍等。

（七）弱脉兼脉的现代临床意义

——弱滑脉：见于女子月经期后，若妊娠妇女可见流产，也见急性肠道疾病等。

——弱数脉：见于极度的虚脱、休克前期等。

——弱涩脉：见于休克的弥漫性微血管凝血功能障碍（DIC）脉象。

——弱缓脉：见于各种关节疾病及其功能障碍。

——弱结脉：见于心脏病。

——弱代脉：见于心脏病。

（八）传统医学对弱脉脉理的认识

中医认为血不足，脉道失去充盈，则脉细，阳气虚则脉沉无力，故脉弱。

（九）弱脉示意图

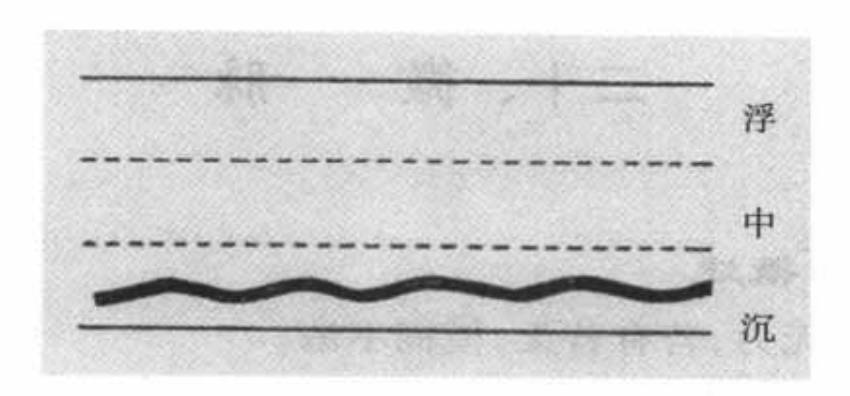


图51　弱脉示意图

（十）弱脉脉诀歌

弱　脉　歌

脉弱柔细得于沉，气血双虚寒煞人。
弱沉柔细濡位浮，阴阳之虚脉位估。
寸弱阳虚在肺心，关弱脾胃减机能。
耳鸣经滞不孕子，肢寒肠患觅神门。
左寸脉弱胸闷叹，右寸自汗气亦短。
脾失健运弱左关，气郁心烦右关参。
脐下诸虚弱左尺，右尺肢肿与形寒。
经后小产脉弱滑，弱数休克眼眩花。
弱涩脉衰微循环，弱结弱代心病观，
也见血虚经滞孕，食道癌肿吐津涎。
广弱泛指脉力减，脉弱柔细沉三兼。

二十、微　　脉

（一）概述

脉细无力，若有若无，模糊不清。

（二）微脉研究

微脉的成文应当归于王叔和，其《脉经》载有“极细而软，或欲绝，若有若无。”而《脉经》前张仲景的著作中亦有对脉微的提及，但没有上升到以微脉来命名的高度。张仲景曰：“少阴清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝……”后世脉法多宗叔和之说。

（三）微脉的现代病理解剖学原理

微脉是各种原因如急性心脏泵功能衰竭、严重失血失液等引起的血压下降，有效循环血量不足而出现的脉搏细软无力、似有似无、欲绝非绝、模糊不清，甚至不显其象的脉搏现象。

（四）微脉的特征

——微脉的性质：脉极细软，是多种脉素的复合脉。

——微脉的指感：脉极细软，似有似无，模糊不清，如微风摆小蛛丝、如微风吹鹅绒、如轻拂汗毛之韵。

——微脉的兼脉：微脉可见与浮脉、沉脉、数脉、缓脉、短脉、结脉、代脉等的兼脉。不应兼于细、弱脉。

（五）微脉的现代临床意义

临床上凡致使心排血量降低，血容量减少，毛细血管床淤血，超越了人体的代偿能力，皆可出现微脉及其兼脉。例如大面积的心肌梗死、严重的心律失常、急性心包填塞、心排血量明显减少、血管和组织灌流性休克，均可出现微脉。也还见严重感染性疾病，例如休克型肺炎、中毒性细菌性痢疾、急性梗阻性胆道感染、严重的过敏性休克、严重的创伤等，均可通过一定机制导致有效循环血量的减少出现休克而脉微。另外，慢性消耗性疾病，例如恶性肿瘤也可导致极度的衰竭尤其是循环衰竭时也会出现微脉。

（六）微脉分部的现代临床意义

临床实践证明微脉是存在分部的，微脉的分部极具临床意义。

——寸脉微：多见于脑心血供不足、心功能不全及有效血容量不足性病变。

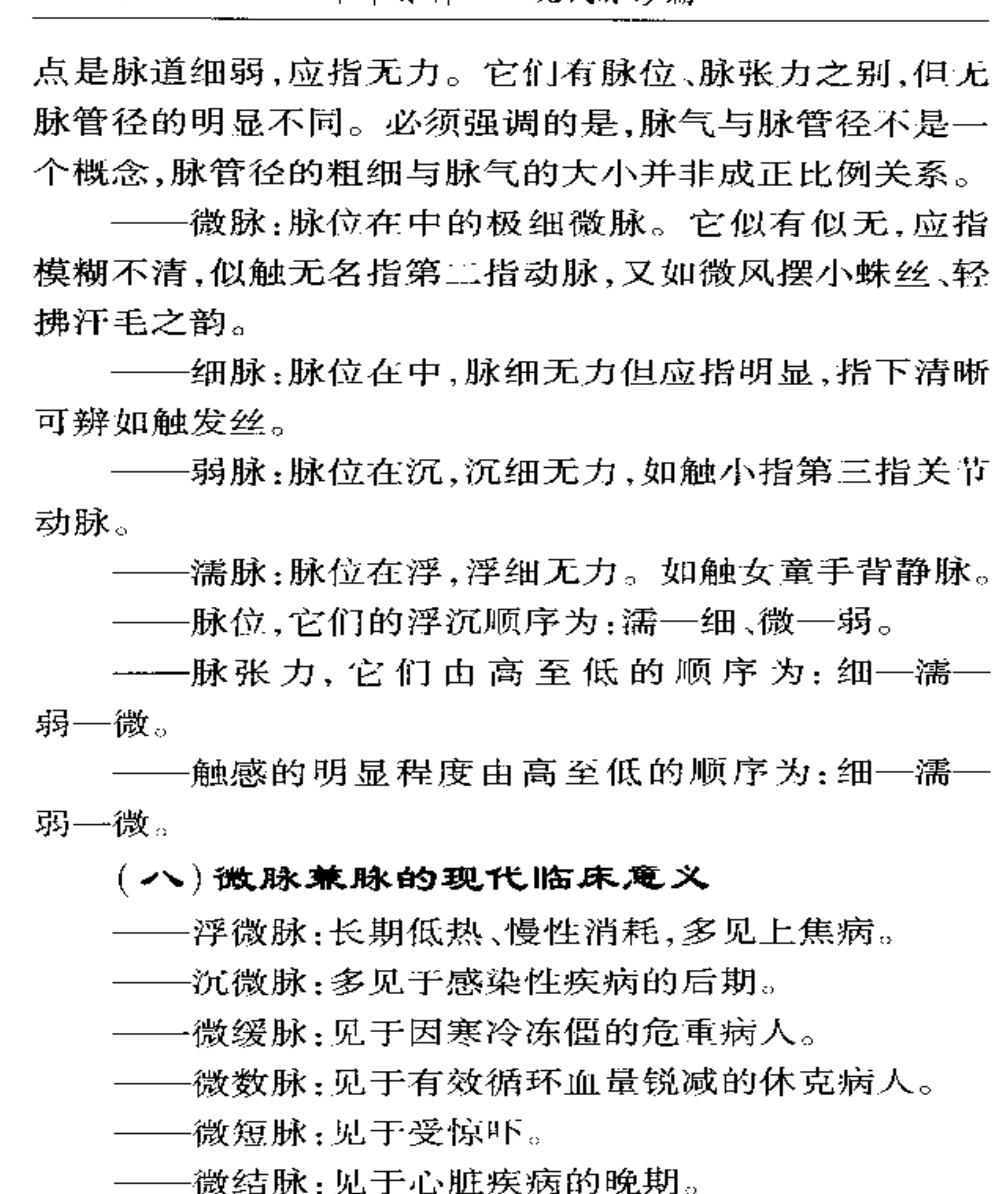
——关脉微：多见于中焦气弱、胃纳不足、免疫力低下、肝胆功能不足、有效循环血量不足或微循环淤血病变、胰腺功能不足（若食量和体能的减少胰岛素不足的现象不多见）。

——尺微：一般情况下，见腰酸以及下肢病变、生殖能力不足、肠道功能不佳、小便淋漓不尽等。危重情况见心功能不足、有效循环血量的减少及微血管的淤血等重症。

——三关微：气将绝。

（七）微脉的鉴别

微脉应当同细脉、弱脉、濡脉相鉴别。它们共同的特



点是脉道细弱，应指无力。它们有脉位、脉张力之别，但无脉管径的明显不同。必须强调的是，脉气与脉管径不是一个概念，脉管径的粗细与脉气的大小并非成正比例关系。

——微脉：脉位在中的极细微脉。它似有似无，应指模糊不清，似触无名指第二指动脉，又如微风摆小蛛丝、轻拂汗毛之韵。

——细脉：脉位在中，脉细无力但应指明显，指下清晰可辨如触发丝。

——弱脉：脉位在沉，沉细无力，如触小指第三指关节动脉。

——濡脉：脉位在浮，浮细无力。如触女童手背静脉。

——脉位，它们的浮沉顺序为：濡—细、微—弱。

——脉张力，它们由高至低的顺序为：细—濡—弱—微。

——触感的明显程度由高至低的顺序为：细—濡—弱—微。

（八）微脉兼脉的现代临床意义

——浮微脉：长期低热、慢性消耗，多见上焦病。

——沉微脉：多见于感染性疾病的后期。

——微缓脉：见于因寒冷冻僵的危重病人。

——微数脉：见于有效循环血量锐减的休克病人。

——微短脉：见于受惊吓。

——微结脉：见于心脏疾病的晚期。

——微代脉：微代是危重病人的临终脉象。

（九）传统医学对微脉脉理的认识

中医认为微脉是阴阳气血极虚或阳气欲竭。

（十）微脉示意图

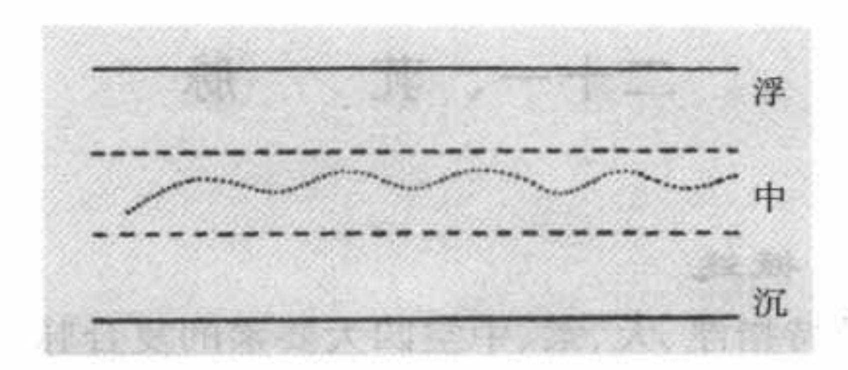


图52 微脉示意图

（十一）微脉脉诀歌

微 脉 歌

微拂汗毛有若无，气血诸虚阳不足。
寸微气促或衰心，关微中焦慢耗病。
尺微脐下诸寒弱，男为劳极女滞经。
微而欲绝血虚崩，功能出血产后风。
脑心缺血左寸微，耳鸣头晕眼蒙黑。
左关脉微胃气减，肋痛肢寒餐后满。
右寸脉微气虚喘，右关脉微郁肝胆。
右尺脉微肾阳衰，沉微阴虚慢耗栽。
浮微低热愈微缓，频惊气虚见微短。
微数血少心跳频。微见结代心必停。

二十一、芤　　脉

（一）概述

芤脉特指浮、大、柔、中空四大要素的复合脉。

（二）芤脉研究

芤脉最早见于张仲景的著作，但以《脉经》对芤脉的记载最为标准。其曰："芤脉脉浮大而软，按之中央空，两边实。"此后历代脉学著作基本遵此说。

芤是葱管之意，芤脉的脉感如同手触葱管，中空而边实，甚至可触到两道边，这种边实是相对中空而言，也只能是软的力度，否则是错误的。中空并不是一点脉力也没有，是一种界于软与无之间的脉力，说到底就是与举过心脏水平时前臂静脉的脉力相近，见浮脉章。《脉诀》、《察病指南》等把芤脉的中空记载成"全无"是错误的。寸脉的脉道是桡动脉，桡动脉内全没有了血流手一定会坏死的，手在没有血流以前，脑和心早就没了血供，人也没有生命了。

事实上用手触葱管的描述来形容芤脉仅是一种形象的说法，与真正手触芤脉的感觉尚有一定差距。根据临床经验，结合个人候脉体会，触芤脉好似触体力劳动人前臂静脉在超过心脏水平时的脉感，中空而有两道边。边有两种原因形成：其一，静脉管壁；其二，静脉的肌间切迹。但静脉的边没有动脉的边厚，静脉管壁加肌间沟边恰似芤

脉边。

（三）芤脉的现代病理解剖学原理

芤脉在严重失血或严重缺水的情况下出现，也见于高血压过量服用降压药时出现。由于血容量的骤减，脑神经的功能紊乱、血管尚没有立即收缩，脉象出现脉体大、中空甚至可触及脉管两道边的脉象。

（四）芤脉的特征

——芤脉的性质：芤脉是浮、大、中空，甚至能触及两道脉边的复合脉。

——芤脉的指感：如触体力劳动人超心脏水平时前臂静脉脉感。古喻：如触葱管。见图53或参考浮脉。

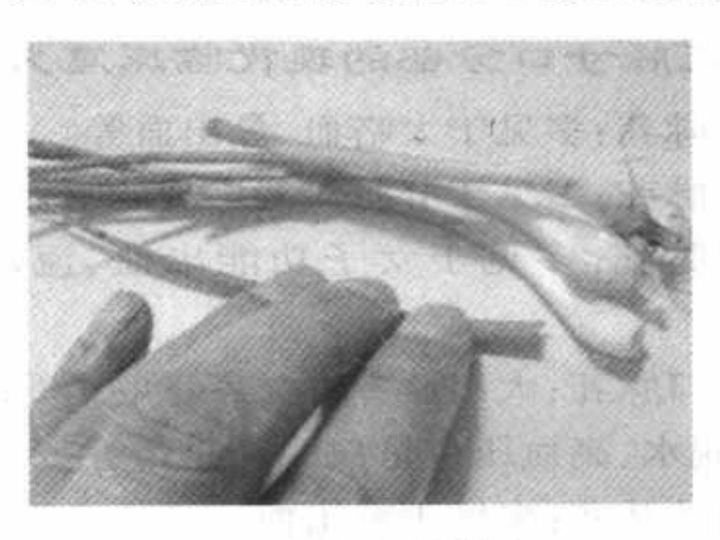


图53　芤脉如触葱管

——芤脉的兼脉：芤脉可同弦脉兼脉成革脉。也可同数脉、缓脉、迟脉、涩脉、浊脉兼脉。不应同浮脉、微脉、虚脉兼脉。芤脉中有浮脉脉素，微脉与芤脉不能兼脉的原因是因为微脉是细脉脉属，而芤脉是浮、大之脉。芤脉不应与虚脉兼脉的原因是两种脉的差别很小，仅是脉柔与中空

的区别，脉柔与中空的兼脉是矛盾的也是不可能的，既中空就不能柔软，既柔软就不可能中空。虚芤脉的兼脉见于《医学入门》、《脉学阐微》[35]。微脉与芤脉的兼脉见于《脉经》、《三因方》[36]。

（五）芤脉的现代临床意义

芤脉见于各种急性大出血，例如上消化道出血、肠出血、大咯血、功能性子宫出血和外伤性大出血等。也见急性胃肠炎、食物中毒等导致的严重吐泻、脱水而出现的急性血容量骤减。还见于慢性肠道疾病造成吸收不良、慢性腹泻、高温出汗、长期减肥摄入不足等。临床上还少见于脉形宽大的高血压病人过量使用降压药后。

（六）芤脉寸口分部的现代临床意义

——寸脉芤：多见于大咯血、鼻出血等。

——关脉芤：多见于肝胆疾病出现的呕血、黑便等。

——尺脉芤：多见于女子功能出血、流产、血尿、血便等。

——寸口脉芤：大出血量占血容量的1/5时可出现芤脉，也见于脱水、高血压过量口服降压药等。

——右寸脉芤：多见于肺出血。

——左关脉芤：多见于脾、胃出血。

——左尺脉芤：多见于胃肠道疾病及肛门出血。

——右尺脉芤：多见于泌尿、生殖、妇科出血。

（七）芤脉兼脉的现代临床意义

——芤数脉：见于急性虚脱、急性肠道疾病、胃肠出血、酒后出血、男子遗精、贫血、血液病等。

——芤缓脉：见于泌尿、生殖、妇科、肛门出血等。

——芤涩脉：见于肝、脾肿大之失血。

——芤迟脉：见于寒性呕血，如上消化道出血等。

——芤浊脉：常见于高血压合并有三高症患者过量服用降血压药物后。

（八）传统医学对芤脉脉理的认识

中医认为急性失血脱水、脉道失于充盈、津血亡失、阳气外浮，故脉浮、大而中空。

（九）芤脉示意图

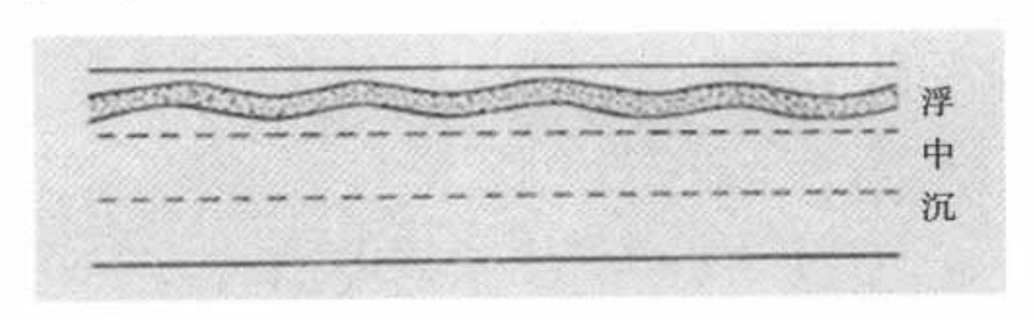


图54　芤脉示意图

（十）芤脉脉诀歌

芤　脉　歌

脉芤浮大空若葱，过头静脉瘪大空。
暑热大汗津液伤，血亏气虚脉失充。
虚浮大软管尚圆，芤浮中空管瘪扁。
革叠芤弦位在上，边为脉边尺桡缘。
寸芤失血病在胸，关芤出血胃肠痛。
脐下失血尺部芤，赤淋溏痢崩漏红。
脉芤而数产后风，头晕目眩阴血崩。
芤而见涩肝脾肿，腹满黑便两肋痛。

芤迟呕血温补中，芤数呕血清补同。
左寸脉芤产后崩，贫血心悸神失聪。
伤内瘀血肋间痛，胸膜炎症与肿脓。
右寸脉芤咳衄血，慢病耗血左关芤。
右关脉芤胃肠痛，抗炎为首刀见重。
左尺脉芤肛便红，慢肠溃疡或瘤肿。
血液诸病右尺芤，紫癜再障贫血容。
浊芤多见三高症，过于降压脉芤同。

二十二、散　　脉

（一）概述

散脉特指脉管壁的张力极低、脉气不敛的因素。

（二）散脉研究

历代脉学著作中对散脉描述最为合法的见于《脉诀》及《诊家枢要》等。《脉诀》载“涣漫不收，其脉为散。”《诊家枢要》言：“散，不聚也。有阳无阴，按之满指，散而不聚，来去不明，漫无根底。”《脉诀》突出的是“涣漫不收”，《诊家枢要》突出的是“散而不聚”，均道出了散脉脉管壁的张力极低、脉气不敛的指感标准。

真正把散脉确立为独立脉形的是《脉经》，其曰：“大而散，散者气实血虚，有表无里。”在《脉经》以前散脉以季节脉或非病脉称之，详考《难经》等古脉学著作。

事实上散脉是指脉管壁的松弛、张力明显降低、脉管壁与周围组织无明显边界的脉觉。它是浮大而极无力之脉，此大只是管壁松弛之大，是散漫之大，并不是脉势之大或脉宽有力之大。清代医学家周学海说的好：“只是形体宽泛而两边不敛，浑浑不清耳。”

散脉脉管壁张力的低下，一是其分属脏器的神经失于调理，二是心肌收缩力乃至心脏每搏输出量的减少或心脏节律的改变，三是有效循环血量的减少，四是微循环的阻力锐减等，在这些综合因素的作用下产生。而血管壁张力

极低的脉象表现形式则是脉浮极软，软到脉管壁与周围组织的指感混沌不清，涣漫不收，散而不聚的程度。

这里必须指出的是：散脉的浮、大是血管壁张力极低的一种脉象结果，浮、大并不是散脉的脉象要素，否则就会产生错误。大脉具有脉力、脉管径、脉来势大的综合因素。而散脉之大只是脉的涣散不收而已，这也是散脉的特征。

根据临床观察及体会，散脉的脉感如同手触牙膏的那种感觉，轻触如触牙膏之膏体，且浮、大，按之混沌无边无根无力。

（三）散脉的现代病理解剖学原理

见散脉的研究。

（四）散脉的特征

——散脉的性质：散脉特指血管壁的张力极低脉气不敛的因素。

——散脉的指感：如触牙膏之柱状膏体，脉浮而大，边界混沌，脉无力无根。见图 55。

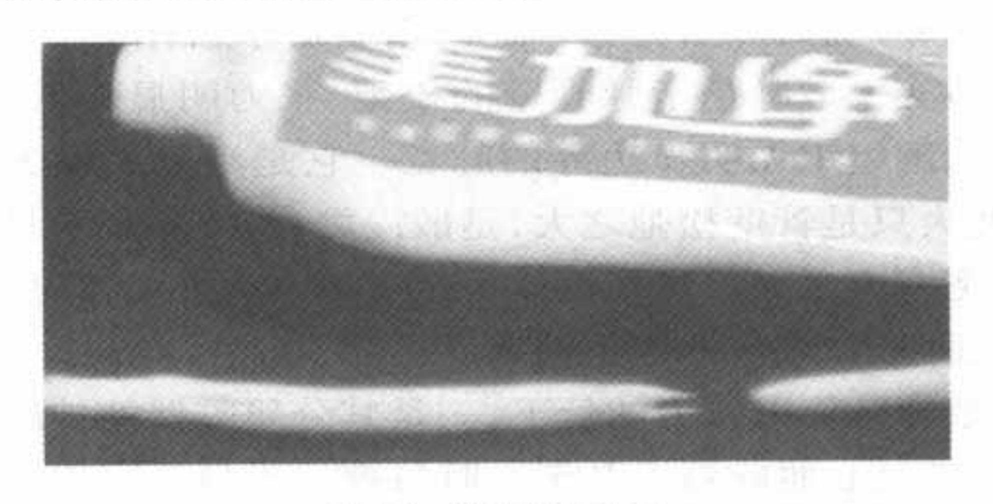


图 55　散脉如触牙膏

——散脉的兼脉：散脉可兼脉于节律、至数、流利度等

变化。如散结脉、散促脉、散代脉、散滑脉、散涩脉、散数脉等兼脉。散脉不应同浮脉、沉脉兼脉。散脉有浮的脉素，不应再与浮脉兼脉。散脉同浮脉的兼脉见于《四言举要》。散脉不应同沉脉兼脉：一是因为散脉有气实血虚，有表无里的脉理。二是沉脉需沉按，散脉在浮，能沉按的脉必不是散脉。沉、散脉的兼脉见于《脉经》、《脉简补义》等。

（五）散脉的现代临床意义

——散脉见于严重的心脏疾病，如心房、心室的纤维颤动，早搏或心室异位心律，如果出现散结、散代、散促均是凶兆。例如心衰，肺心病的临终表现多是散、代、促等。

——散脉还见于中毒性肠道传染病、中毒性脑病、中毒性休克等。

（六）散脉寸口分部的临床意义

——寸脉散：见于心、脑、胸部的供血不足及功能障碍，伴有节律、至数的改变多见于严重的心脏疾病。

——关脉散：见于晚期肝病、癌症、脾胃功能严重不足者。

——尺脉散：见于各种休克、昏厥、心跳骤停、中风的病人脉象等。

——关尺脉散：危重病人的临终前脉象。

（七）散脉兼脉的临床意义

——散滑脉：见于休克病人的酸中毒微血管扩张期。

——散涩脉：见于休克病人的微血管痉挛及淤血，也见晚期肝病病人。

——散数脉：见于感染性疾病、传染性疾病的危重期

病人。

——散结脉:见于心脏疾病。

——散促脉:见于心脏疾病。

——散代脉:见于心脏疾病的临终表现。

(八)传统医学对散脉脉理的认识

中医认为:脏腑气竭,正气衰绝,阳气浮散,故脉浮大无力,涣散不收,漫无根蒂。

(九)散脉示意图

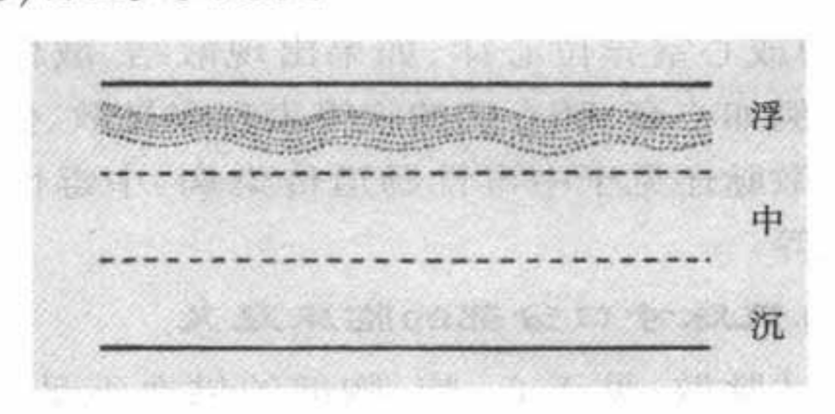


图 56 散脉示意图

(十)散脉脉诀歌

散 脉 歌

轻触乳膏脉似散,按无脉气混沌边。
散浮无根不定来,重症感染心肺衰。
暑温休克兆早产,元气耗散近九泉。
左寸脉散心律乱,右寸脉散淋漓汗。
左关脉散脾胃寒,右关脉散肿大肝。
左尺脉散类中风,病见危重散尺关。
散滑休克酸中毒,散涩淤血肝肿瘤。
散数感染败血症,散结促代心危观。

二十三、动　　脉

（一）概述

动脉脉动如豆，滑数动摇，余部俯下。三部均见关部尤多。

常见：关豆滑数，寸尺俯下。

也见：寸关豆滑数，尺部俯下；

关尺豆滑数，寸部俯下；

寸尺豆滑数，关部俯下。

少见：寸豆滑数，关尺俯下；

尺豆滑数，寸关俯下；

三部滑数，六豆共振。

动脉事实上是脉晕点兼滑数脉的典型脉象。

（二）动脉的研究

张仲景在《伤寒论·辨脉法》一书中就动脉有一经典的论述，其曰："阴阳相搏名曰动，阳动则汗出，阴动则发热，形冷恶寒者，此三焦伤也。若数脉见于关上，上下无头尾，如豆大，厥厥动摇者，名曰动也。"这里张仲景把动脉的脉形、脉性、动脉的临床主病和关脉动的具体指感都一一交代得清楚，这是因为关脉动是临床常见动脉。但是《脉经》、《濒湖脉学》等最有影响的脉学著作却断章取义地把张仲景的关脉动说成是动脉，并把张仲景有关动脉的"上下无头尾"延续下来。

历史上有关动脉脉形有不少的争议。这里我们暂且不说。但就"上下无头尾"颇多异议。关脉的上下即寸尺脉部,关脉动不等于没有了寸尺部脉,而只是寸尺部脉势被关脉动的厥厥动摇之脉势所掩盖,呈俯下状态。我们知道,寸口脉脉体事实上只是桡动脉,它的血流方向是尺脉→关脉→寸脉→手。如果是关脉动则无寸尺脉,就等于尺脉部和寸脉部无血流通过。既然尺脉部无血流通过,那么关脉血流从何而来,又何来厥厥动摇?关脉即有血流通过而寸脉无血流通过,那么血流到哪儿去了?没有了寸、尺脉的血流,手部的血液供应又怎么办?手没有坏死,则必定有血液供应。我们坚持认为,不管寸口脉是何种脉象,也只是脉管的粗细变化,脉管位置的不同,脉管的张力如何,血流的流速如何,血管的充盈度如何等九个方面的变化而已,血液有来必有去,有去必先来,这是定则。因此,张仲景、王叔和、李时珍等先人有关动脉的"上下无头尾"论述是欠妥的。也许张仲景的关脉动、上下无头尾不是指尺脉、寸脉的无,而是指关脉的豆滑数的范围不及寸尺而已。后人将张仲景的关脉动理解成动脉,将余部的俯下说成是头尾的无等都是错误的。历史上关于"上下无头尾",李延罡已有纠正,关于动脉的"关动"问题《中医脉学研究》[37]已有纠正。

(三)动脉的现代病理解剖学原理

动脉产生的原理主要与体内植物神经即交感神经的异常兴奋有关。研究发现:

——寸脉动:多见植物神经的颈段交感神经的异常兴奋,临床表现为心悸、面部冷汗等。颈段交感神经异常兴

奋的结果可能是心脏的收缩与扩张与头、颈、胸部的中小血管的收缩与扩张发生了不协调，即心脏收缩期时周围血管没有及时扩张，心脏扩张期时周围血管没有及时收缩。而导致脉管内血流厥厥动摇的脉势。

——关脉动：这与植物神经的胸段交感神经的异常兴奋有关，临床表现为乳房胀痛、肝脾的淤血、食欲的异常、中腹部疼痛等。胸段交感神经的异常兴奋的结果，也可见心脏的收缩与扩张与中腹部中小血管的收缩与扩张发生不协调为因果。

——尺脉动：多见脐水平以下腹内器官的交感神经异常的兴奋并由此产生的脉象结果。也是心脏的收缩与扩张同尺脉分属器官的血管收缩与扩张发生不协调，临床常见症状见：小腹部牵涉痛，腹泻或痢疾，四肢功能不良、失血、亡精与肠功能不正常等。

（四）动脉的特征

——动脉的性质：动脉是脉晕点与滑数脉的兼脉，是一复合性质的脉象。

——动脉的指感：脉动如豆，滑数动摇，余部俯下。见图 57。

❖寸动关尺俯下。

❖关动寸尺俯下。

❖尺动寸关俯下。

❖寸关动迟俯下。

❖关尺动寸俯下。

❖寸尺动关俯下。

——动脉的兼脉：动脉的脉形独特，兼脉所见较少。

但常见心脏疾病的结、促、代的兼脉，主要见于各种心脏疾病等。

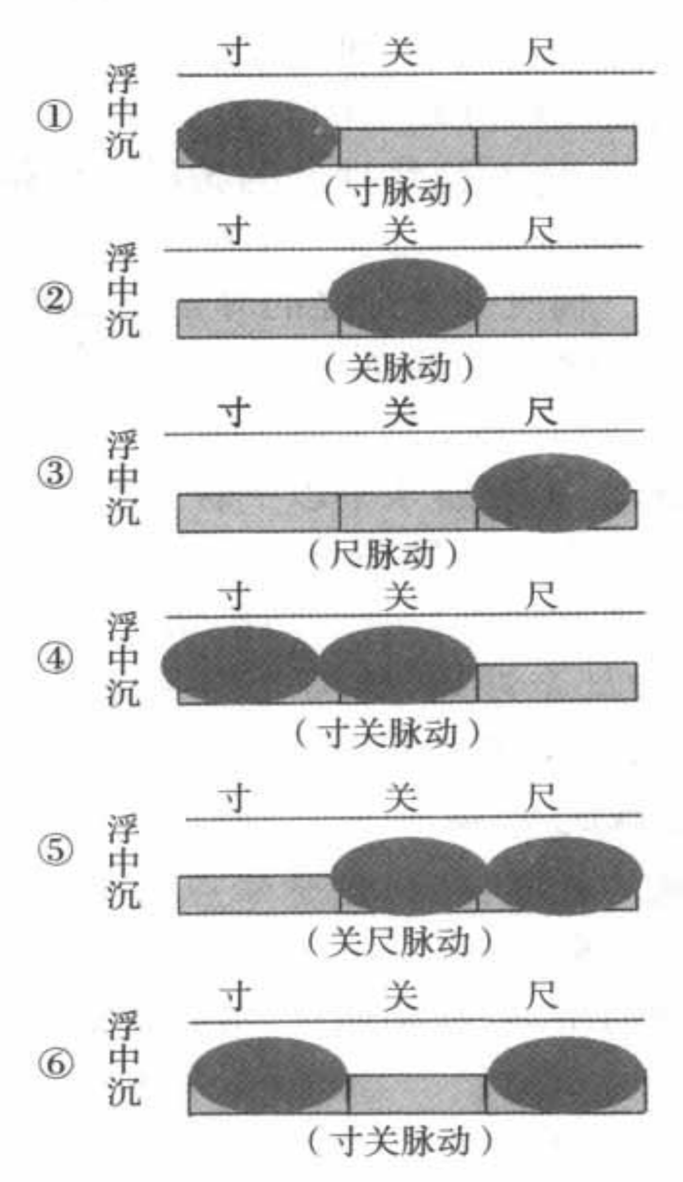


图57　动脉模式图

(五)动脉的现代临床意义

动脉多见于机体的应急状态或心脏疾病、卒中危重病人。也常见于惊恐、各种疼痛、发热前、失血亡精、肠道传染病、肝脾肿大等。动脉的危重脉象多见于各种严重的心

脏病。

（六）动脉寸口脉分部的现代临床意义

——寸脉动：见于脑血管疾病，脑瘤，神经衰弱，心脏病，头痛，五官、甲状腺疾病，胃肠功能不佳等。

——关脉动：多见于血液病、结缔组织病、肝脾肿大、中腹部疼痛、腰痛、恶心呕吐、脑心血供不足、下肢功能不足经前双乳胀痛等。

——尺脉动：多见于肠道疾病，泌尿、生殖系统疾病、下肢疼痛等症状，脑心血供及机能不良。

——左寸脉动：见于心脏病、脑血管疾病、左鼻窦、口腔炎等。

——右寸脉动：见于肺结核、自汗、便秘等。

——左关脉动：见于脾肿大、代谢性疾病、血液疾病、腰肌劳损、恶心呕吐等。

——右关脉动：常见于肝胆、胰头疾病、眼睛不适、大便干燥等。

——左尺脉动：见于结肠病变、妇科疾病、左臀疼痛等。

——右尺脉动：见于妇科病变、生殖系统疾病、右下肢疼痛等。

——左尺左关脉动：见于泌尿系结石疼痛、急性腰损伤，也见脑血管疾病等。

——左寸右关尺脉动：常见于便秘、情绪波动、胆心综合症等。

（七）动脉的鉴别

动脉应同短脉、滑脉鉴别。

——动脉与短脉：动脉脉动如豆，滑数动摇。而短脉只是脉体的短缩，没有滑数动摇的脉感。动脉与短脉的区别还在于：动脉的余部俯下但还有一定的脉气，而短脉的短部则非力按而没有脉气。

——动脉与滑脉的鉴别：相同的地方是动脉与滑脉同有滑脉脉素，动脉的脉动如豆而滑脉的脉动亦如豆。不同的地方：第一，动脉有余部的俯下，而滑脉没有余部的俯下。第二，动脉有动摇不定感而滑脉则是盘中走珠感。第三，动脉脉素中有数的脉素，而滑脉则是单因素脉象。

（八）传统医学对动脉脉理的认识

中医认为动脉由阴阳相搏，气血冲动所致。又因惊则气乱，痛则阴阳失和，可使脉行躁动不安，滑数如豆。

（九）动脉示意图

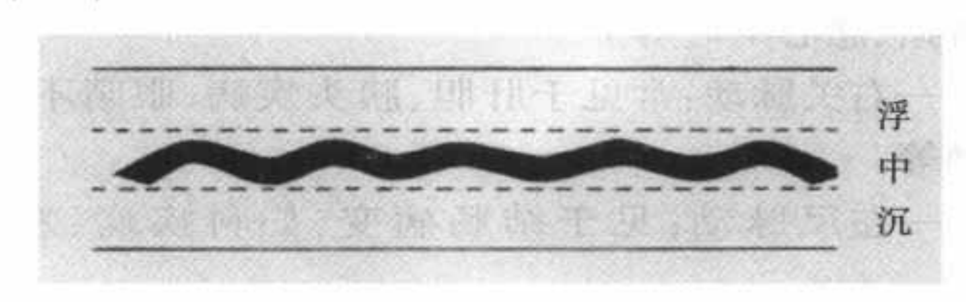


图 58　动脉示意图

（十）动脉脉诀歌

动　脉　歌

脉动如豆滑数摇，余部俯下动处高。
阴阳相搏气血逆，气血冲动痛与惊。
寸尺不足脉名短，脉滑盘珠荡秋千。
寸动脑心脉痉挛，非瘤即痛脉管栓。
肝脾肿大动双关，双乳胀痛于经前。

也见腰痛肾部病,平见多食肌丰满。
泌尿生殖炎痛瘤,左右尺部动处求。
左寸惊悸病在心,右寸自汗低热频。
右关脉动胆心连,遇事动怒梦惊繁。
左关脾大肿淋巴,呕血黑便胃病牵。
双关左尺三豆圆,痛风糖尿不惑年。
寸口跳出数豆圆,知病必读脉晕点。
动脉求动知病半,俯下分属功能减。

二十四、伏　脉

（一）概述

伏脉即极沉脉。

（二）伏脉研究

纵观历代脉学著作,《脉经》对伏脉的记载最被历代医家推崇。其曰:“极重指按之,著骨乃得。”《脉经》前《难经》对伏脉也有一定的认识,但伏、沉二脉此时期尚没有明显的区别。古人有关伏脉的种种描述,都只是为了把沉脉与伏脉加以区别,在当时的历代条件下,用“藏于筋下,著骨乃得”是表示伏脉是比沉脉更沉的脉。《难经》云:“伏脉,重按筋骨,指下裁动。”濒湖云:“伏脉推筋着骨寻,指下裁动隐然深。”历代诸家均以“藏于筋下,著骨乃得”为蓝本,其意均表示脉位的深在。

伏脉是极沉脉,但这种沉不可能藏于筋骨下、著骨乃得。而只是人体组织水、电解质的极度丢失,脉管及其周围组织失于充盈而导致的脉搏不明显,或皮下组织由于长期的慢性消耗而减少并失去其对桡动脉的支持与固定,只有深触方能感之。否则那只是解剖学意义上的变异而已。

（三）伏脉的现代病理解剖学原理

——人体的极度脱水、慢性消耗性疾病所导致的组织失于充盈。

——血容量的减少。

——微循环的淤滞。

——心脏功能的减弱而导致的心输出量的减少。

（四）伏脉与正常脉、沉脉的脉位比较

浮—正常—沉—伏。

（五）伏脉的特征

——伏脉的性质：特指比沉脉更沉的脉，是脉沉的单因素。

——伏脉的指感：重手深触乃得，脉来隐然。如触腕尺动脉。见图59。

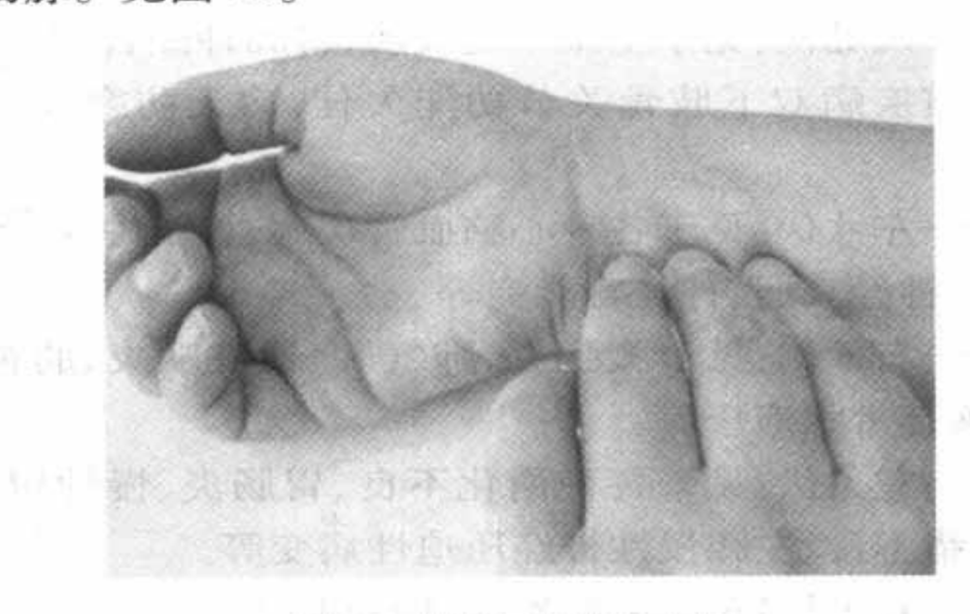


图59 伏脉如触腕部尺动脉

——伏脉的兼脉：伏脉的兼脉临床上较少见，但也见伏脉有节律的不整，常见于心脏疾病。临床上偶见伏脉与涩脉相兼见于重症感染及血淤病变等。《医宗金鉴》记载有"沉伏脉"，笔者认为不妥。

（六）伏脉的现代临床意义

伏脉多见于各种休克、昏厥、虚脱、低血糖、癔病昏迷，

也见于各种严重感染性疾病，例如败血症、毒血症，各种贫血、神经衰弱、神经官能症及重度脱水，各种心脏疾病，心脑血管疾病等。部分妇科疾病、肺部感染、肋神经痛、肝胆疾病、各种肠道疾病等。

（七）伏脉寸口分部的现代临床意义

——寸脉伏：见于心脏血管疾病，肺及气管感染，胸膜炎，肋神经痛等。

——关脉伏：见于肝胆疾病、消化不良、胰腺炎症、胰头肿瘤、肾脏疾病等。

——尺脉伏：见于生殖系统疾病，胃肠神经官能症，感染性肠道疾病双下肢骨关节功能欠佳，冷天防寒能力下降等。

——左寸伏：见于各种心脑血管疾病，如脑中风、各种心脏病、神经衰弱、神经官能症等。

——右寸伏：见于胸膜炎、肺气肿、慢性咽炎、肋神经炎、右胸部带状疱疹等。

——左关伏：见于各种消化不良、胃肠炎、慢性胃炎、长期情绪不良、左腰慢性神经压迫性病变等。

——右关伏：见于肝胆疾病、脂肪肝、肝囊肿、肝肿瘤，右腰神经压迫性病变等。

——左尺伏：见于胃肠官能症、生殖系统疾病、左下肢神经性病变等。

——右尺伏：见于各种休克、虚脱、昏厥，肠道结核、慢性肠炎，性功能减退，肾上腺皮质功能减退或功能不足等。

——六脉俱伏：常见中毒性肺炎、脑病、心源性脑缺血综合征、脑血管疾病、感染性精神病、长期抑郁、慢性肾

炎等。

（八）伏脉的鉴别

伏脉应当同沉脉、牢脉、弱脉进行鉴别，它们同属沉脉类。

——沉脉：举之不足，按之有余。

——伏脉：重手乃得，脉气隐然。

——牢脉：沉取实、大、弦、长，脉体坚牢不移。

——弱脉：沉而柔细。

（九）传统医学对伏脉脉理的认识

中医认为实邪内伏，阻闭气机，脉气不得渲通，故脉伏。

（十）伏脉示意图

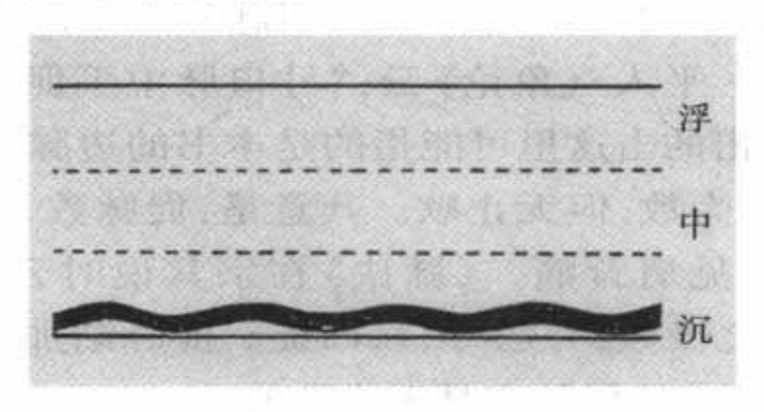


图60　伏脉示意图

（十一）伏脉脉诀歌

伏　脉　歌

脉伏隐深沉于沉，卒中剧痛休克扪。
寸伏心病胸胁满，关伏诸病多源肝。
尺伏阴寒妇病染，六脉俱伏脑病挛。

二十五、促　　脉

（一）概述

促脉以节律失常为要素，脉数而时一止。

（二）促脉研究

促脉以脉象节律的失常为要素，见脉数并有不规则的间歇，这是促脉的主要认识方式。翻开历代脉学著作我们发现："脉数而时一止"这一经典性论述是历代脉学家宗于张仲景、王叔和促脉的内涵及主流。在仲景、叔和前促脉尚有《内经》的影响，这种影响甚至一直延续后世脉学二千年。

《素问·平人气象论》云："寸口脉中手促上击者，曰肩背痛（上击的击这里可能指的是本书的边脉）。"这里的促可以解释为数，但无止歇。其意是：促脉数，无间歇，脉势上击者可见肩背痛。《脉诀》在宗其说时云："促者阳也，指下寻之极数，并居寸口，曰促。促脉渐加即死，渐退即生。"《脉诀》的促脉亦是无止歇的。

在大量的临床实践中我们发现：促脉是各种心律失常、传导阻滞的脉象，因而张仲景、王叔和对促脉的认识最正确。张仲景《伤寒论·平脉法》云："脉来去数，时一止复来者名曰促。"王叔和《脉经》云："来去数，时一止复来。"李时珍云："促脉数而时一止。"李延罡曰："促之为义，于急促之中，时见一歇止，为阳盛之象也。"

（三）促脉的现代病理解剖学原理

——严重的心脏疾病：如快速心房纤颤、心动过速伴有过早搏动、多种心律失常、心房扑动伴房室传导比例不规则等。

——严重的感染导致的各种中毒症状：例如心肌中毒等。

——神经功能的紊乱：如迷走神经的功能减弱，交感神经的功能亢进等。

（四）促脉的特征

——促脉的性质：促脉是数脉与心脏节律变化的复合脉，常见快速心律失常及传导阻滞等复合因素。

——促脉的指感：脉数，时有止歇，止无定数。

——促脉的兼脉：促脉的兼脉常见洪促脉、促滑脉、促涩脉、虚促脉、牢促脉、濡促脉等。

（五）促脉的现代临床意义

——促脉见于严重感染性疾病而导致的心肌损害：常见于流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、猩红热、血小板减少性紫癜、毒血症、败血症、肺部及气管支气管化脓性炎症、肺坏疽、肠道传染病、风湿病、泌尿系统严重感染等。

——心脏疾病：常见于心律失常及传导阻滞的病变或复合性病变，如快速心房纤颤、心动过速伴过早搏动、多种心律失常、心房扑动伴房室传导比例不规则等。

——癌症晚期及多种维生素缺乏等。

——精神疾病及感染性精神病等。

（六）促脉寸口分部的现代临床意义

心脏是脉搏的原动力，因此当心脏的搏动频率及节律发生改变时将带动人体脉搏的整体变化，在寸口脉上不会出现心脏搏动频率和节律分部的不同。促脉的寸口分部事实上只是促脉上分部的浮、沉脉晕的变化，也就是促脉脉晕点的变化，详见脉晕点章。

（七）促脉兼脉的现代临床意义

——洪促脉：见于各种感染性疾病的早期和伴有心肌的损害或并发心脏病。

——促滑脉：常见肺部化脓性感染并发心脏疾病或其他化脓性感染并发的损害等。

——浮促脉：常见促脉的寸口部位之独。

——沉促脉：慢性疾病及机体的消耗性疾病并发心脏的损害。

——牢促脉：见于晚期肠道癌症性病变及其濒危时症状。如胰头癌或胆囊穿孔伴腹水或感染性腹水合并心脏疾病等。

——促涩脉：见于毒血症、败血症的心肌损害。

——虚促脉：见于危重病人。

——细柔促脉：见于虚脱病人。

（八）促脉的鉴别

促脉应同结脉、代脉进行鉴别，这是因为它们同属心律失常的脉象，只是心律失常的类型有所不同。促脉、结脉、代脉共同的特点是脉跳中出现止歇。

——结脉：脉率不数，时有止歇，止无常数。脉率不数

甚至脉缓、迟是结脉与促脉、代脉的主要区别。

——促脉:脉数,时有止歇,止无常数,脉数是促脉鉴别于结、代的主要方面。

——代脉:脉来时有止歇,止歇常有规则。但脉势忽大忽小、数疏不定。可以认为:代脉是除结脉、促脉以外的心律失常的脉象,鉴别要点是代脉的脉势不均、疏数不定、止歇有常。

(九)传统医学对促脉脉理的认识

传统医学认为阳热亢盛,则阴阳失调,可见脉数,时而一止。气血痰滞,郁而化热,则血行加速,同时实邪又可阻滞气血运行,故脉数时而一止。

(十)促脉示意图

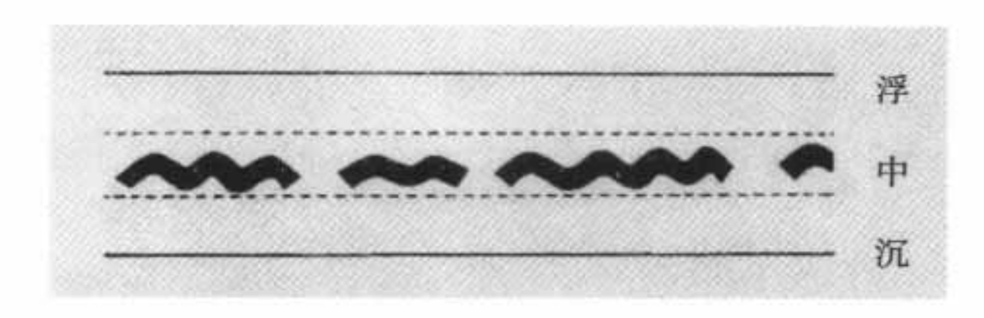


图61 促脉示意图

(十一)促脉脉诀歌

促 脉 歌

促脉数而一止歇,止无定数自还来。
炎盛伤心律不齐,促频难医退可医。
缓而一止复来结,止有常数不还代。
滑促咳痰与食厥,浮促肠炎与肺疽。
促沉慢耗气血郁,风湿关节痛难息。

脉促细小脑缺氧，热毒伤津命难长。
脉促而洪毒血症，紫癜瘀斑或癫狂。
脉促左寸浮重染，阴虚血寒心病缠。
脉促浮寸痰咳喘，肺气肿或气管炎。
脉促关力中焦患，肝肿脾大胆胰腺。
尺浮脉促下焦炎，尿灼下痛衰循环。

二十六、结　　脉

（一）概述

结脉是指缓慢性心律失常的复合脉。

（二）结脉的研究

结脉是在脉缓的前提下，时一止复来。结脉早见于《难经·第十八难》，其曰："结者，脉来去时一止，无常数，名曰结也。"至此后人均尊该说。《灵枢·终始》："所谓平人者不病，不病者，脉口人迎应四时也，上下相应而俱往来也，六经之脉不结动也。"这是结脉的初说。

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草主之。"

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》："脉按之来缓，时一止复来者，名曰结。又脉来动而中止，更来小数，中有还者反动，名曰结，阴也……"（这里的"更来小数，中有还者反动"多是指心肌或部分心肌的期前收缩而产生的小波。）临床常可见及。

《脉经·脉形状指下秘诀第一》："结脉，往来缓，时一止复来。"（又在小注中提到："更来小数……"）

《诊家枢要·脉阴阳类成》："结，阴脉之极也，脉来缓，时一止复来者，曰结。"

《外科精义》："脉结之诊，按之则往来迟缓，时一止复来。"

《濒湖脉学》:"结脉,往来缓,时一止复来。"

《景岳全书·脉神章》:"结脉,脉来忽止,止而复起,总为之结。"

《诊家正眼》:"体象:结为凝结,缓时一止徐行而怠,颇得其旨。"

《诊宗三昧·帅传三十二则》:"结脉者,指下迟缓中频见歇止,而少顷复来。"

《脉理求真·新增脉要简易便知》:"结迟时一止。"

在临床意义及脉理方面,迟结的意义大于缓结。因而结脉的发展史必然是缓结向迟结过渡,打开历代脉学著作,这种演变已经发生。

(三)结脉的现代病理解剖学原理

——心脏传导阻滞、心律不齐。

——心脏窦房结病变。

——严重的心肌病变。

——药物性干扰。

(四)结脉的特征

——结脉的性质:是一种脉率、律复合因素不正常性质的脉象。

——结脉的指感:①强调在迟、缓脉的基础上的脉率、律改变。时一止歇,没有常数等。也可描述为:徐中见蹶,蹶无常数。②止歇时也可见小脉后复搏。

——结脉的兼脉:结脉可以兼脉于多种脉象,如构成代脉等。与浮脉、沉脉、细脉、微脉、弱脉等兼脉。《景岳全书》、《脉理求真》等脉学著作认为结脉可以兼脉于数脉,这易混淆于促脉。

（五）结脉的现代临床意义

见上。

（六）结脉分部的现代临床意义

结脉是心脏的心率、心律的疾病之脉象表现，心统百脉，因而不应当出现分部的独结独不结。所谓分部之结事实上也只是脉位、脉力、脉的长短等综合变化而已。详见脉晕点章。

（七）结脉示意图

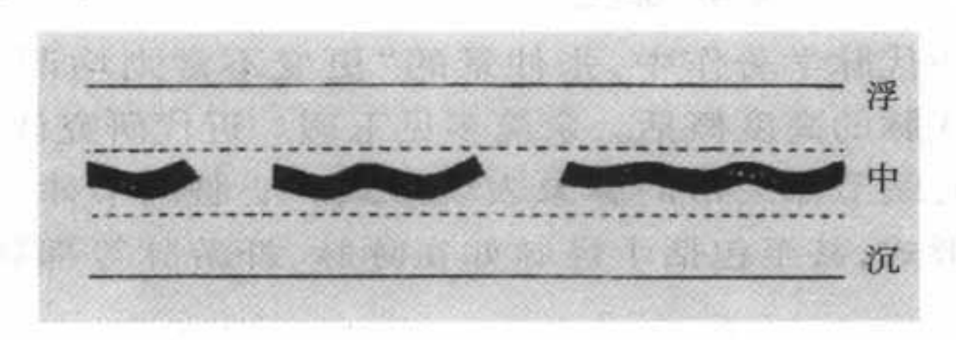


图62 结脉示意图

（八）结脉脉诀歌

结 脉 歌

结寻迟缓时一歇，阴寒气衰心脉蹶。
结迟促数余统代，求病在心率律裁。

二十七、代　　脉

（一）概述

代脉特指脉象的节律失常，它可以包括除结脉、促脉以外的所有心律失常。

（二）代脉的研究

历代脉学著作中，张仲景的“更变不常则均谓之代”是对代脉的高度概括。余篇多见玉瑕。近代研究认为：代脉是心跳节律失常的脉象表现形式。心脏的节律失常有各种形式，甚至包括十怪脉如雀啄脉、虾游脉等都属代脉一类。

代脉的脉感可出现成比例的歇止或微小搏动，可出现二联律、三联律、四联律、五联律等，是一种联律性脉象。有时还可出现连续多发的结脉或结代互动等。

（三）代脉的现代病理解剖学原理

心脏在心脏本身或机体疾病因素的作用下（如炎症、缺氧、缺血、水电解质紊乱、药物中毒、机械及精神因素等）心搏出现期前收缩，二度传导阻滞或窦性节律呈固定比例出现的联律性改变，如（1:1）、（2:1）、（3:1）（4:1）（5:1）等形式。由于心脏出现固定性节律的不整，脉搏也出现规律性变化，即脉来时一止，止有定数。

（四）代脉的特征

——代脉的性质：代脉是节律不整的脉象，即“更代

不常"。

——代脉的指感:脉动规律性止歇,不自还,脉气大小疏数不定。

——代脉的兼脉:代脉可见与结脉、促脉等混合存在。历代脉学著作中曾见代脉与散脉的兼脉,见于危重病例。作者认为:代脉不能同结脉、促脉兼脉但可以先后出现于寸口。

(五)代脉的三部主病

代脉是心脏疾病的脉象表现形式,因此代脉不应当有分部。所见代脉之部独也仅是脉浮、脉沉、脉晕点的独大独小而已。在代脉中寻找脉晕点是代脉求病的良法,详见脉晕点章。

(六)代脉的现代临床意义

代脉是各种心脏疾病和机体疾病危重时的脉象,因此临床候得代脉其意义不仅在于诊断疾病而且在于积极地拯救生命,结生代死是古训,而现代医学的进步及先进的医疗设备则是打破古训的有力手段,但问题不仅在于打破而更在于古今的汇通与研究。

(七)传统医学对代脉脉理的认识

中医认为脏器衰微,元气虚衰,无力鼓动于脉,脉气时有不继,故脉来出现有规律的止歇。若风症、痛症等实邪阻滞脉道,可出现脉来有力而出现规律性止歇。

（八）代脉示意图

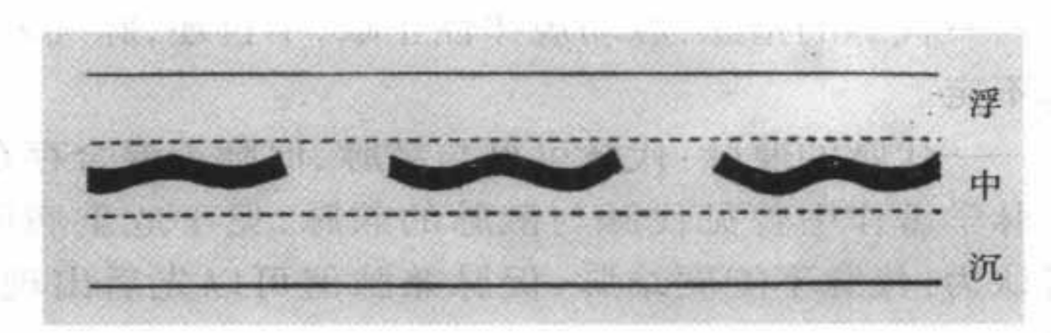


图 63　代脉示意图

（九）代脉脉诀歌

代　脉　歌

规律止歇不还代，更代不常疏数来。
结迟止歇无定数，促数止歇无定裁。
诸代皆因元气衰，平见妇人百日胎。
结代相间心脏病，多联心律人短命。

二十八、浊　　脉

（一）概述

特指血液有形成分的增加而导致脉气浑浊的单因素。

（二）浊脉的研究

历代脉学著作中有关浊脉的记载所见不多，宋朝以前基本没有脉学著作提及此脉，以后见于“太素脉”中。太素脉事实上并不是医学概念上的脉学，它是一种被用作算命及预言祸福的“占验”手段。本书以浊脉命名该脉型，实是因为这种脉型用浊较合适，又因为二浊又有联系与区别。宋朝以后有医者建议将“太素脉”中的浊清二脉纳为医用，代表人物主要有张介宾、吴昆[38]、张璐等。

明代著名医学家张介宾认为：“人禀天地之气以生，不能无清浊纯驳之殊。禀之清者，血气清而脉来言清，清则脉形圆净，至数分明，吾诊乎此，但知其主富贵而已，若曰何年登科，何年升授，何年招财，何年得子，吾皆不得而知矣。禀之浊者，血气浊而脉来亦浊，浊则脉形不清，至数混乱，吾诊乎此，但知其主贫贱而已。若曰某时招悔，某时破财，某时损妻，某时克子，吾亦莫得而知矣……”看来张介宾对太素脉颇有研究，对太素脉清浊脉的舍取为后人做出榜样。在古时，劳力者多贫贱而不富贵，由于劳力者肌肉丰满，脉道充盈怒张，脉自见浊。而达官贵族肌肤厚腻，无须劳作，行有车、食有鱼，脉道自然收缩圆净，脉自见清。

因此根据脉象的清浊者可基本判断人的卑贱、富贵。至于通过候脉，得知人的升官发财，损妻克子，非张太素莫如。这里张介宾就浊脉的描述有两个脉素，一是脉形不清，二是至数模糊，与《脉神》所指的浊脉不相同。

就太素脉法中的浊脉，明代的医学家吴昆认为："脉形散涩，至数模糊。"他认为浊脉的脉形是散脉与涩脉的兼脉，与张介宾的"脉形不清"认识上差别不大。也与《脉神》的浊脉不同。

清代医家张璐对太素脉法有相当的研究，他认为："清脉者轻清缓滑，流利有神，似小弱而非微细之形，不似虚脉之不胜寻按，微脉之软弱依稀，缓脉之纥阿阿迟纵，弱脉之沉细软弱也。清为气血平调之候，经云：受气者清。平人脉清虚和缓，生无险阻之虞，如左手清虚和缓，定主清贵仁慈。若清虚流利者，有刚决权变也。清虚中有一种弦小坚实，其人必机械峻刻。右手脉清虚和缓，定然富厚安闲。若清虚流利，则富而好礼，清虚中有种枯涩少神，其人必不适宜。寸口清虚，洵为名裔，又主聪慧。尺脉清虚，端获良嗣，亦为寿征。若寸关俱清，而尺中蹇涩，或偏小偏大，皆主晚景不丰，及艰子嗣，似清虚而按之滑盛者，次清中带浊，外廉内贪之应也。若有病而脉清虚，虽剧无害，清虚少神，即宜温补真元。若其人脉素清虚，虽有客邪壮热，脉亦不能鼓盛，不可以为证实脉虚，而失于攻发也。"在论述浊脉时他认为："浊脉者，重浊洪盛，腾涌满指，浮沉滑实有力，不以洪脉之按之软阔，实脉之举之减少，滑脉之往来流利，紧脉之转索无常也。浊为禀赋混浊之象。经云：受谷者浊。平人脉重浊洪盛，垂老不能安闲。如左手重

浊,定属污下。右手重浊,可卜庸愚。寸口重浊,家世比卑微。尺脉重浊,子姓卤莽。若重浊中有种滑利之象,家道富饶。浊而兼得蹇涩之状,或偏盛偏衰,不享安康,又主夭枉。似重浊而按之和缓,此浊中兼清,外圆内方之应也。大约力役劳勚之人,动彻劳其筋骨。脉之重浑,势所必然,至于市井之徒,拱手曳裾,谋私之重浊也,此非天性使然欤。若平素不甚重浊,因病鼓盛者,急宜攻发以泻其邪。若平昔重浊,因病而得涩之脉,此气血凝滞,痰涎胶固之兆,不当以平时涩浊论也。"张璐论述的浊脉与《脉神》中的浊脉有相似之处,但两者就脉象所主的意义完全不同。我们反对把脉象神化或用于他学,但浊脉用于高血脂及其并发症的诊断有特一性,这一事实是真实的。

张介宾所论之清脉在现时生活中常见,特别多见于中学生、大学生、机关、白领阶层等。它是一正常脉的独立脉型,清虚流利,圆净有神,不浮不沉,缓中寓于胃气,管壁软细,富有弹性。

清脉是正常脉型的一种,研究它有助于我们了解与理解正常脉象,它的产生机理与人的气血平调,心平气和,富裕安闲有一定关系。事实上人的脉象与人的体质、代谢,环境、季节、精神等都有一定的关系。利用它研究人体疾病的发生、发展、转归有特定意义,而附加以"占验"的内涵不一定是医家所为。

张介宾对太素脉之浊脉的认识中有滑脉、紧脉的成分,与《脉神》中的浊脉不同。滑脉的脉理是微血管的开放、血流运行加速,这与浊脉的脉理不同。浊脉可与紧脉相兼,但不应当把浊脉中添加有紧脉的成分。太素脉法的

浊脉与《脉神》中的浊有质的不同。

笔者认为：临床上大部分体力劳动者脉象宽大，脉势奔涌，与古人所述浊脉有相似之处。如果该类人，中年富贵（升官、发财、劳动减少、饮食厚腻）则多出现高血脂的浊脉。近年来高血脂疾病有年轻化的倾向。

浊脉的产生机理，可能与血液中的脂肪含量高或血液黏稠度过高等有关。脂肪滴增多导致血管微循环通过障碍，而出现脉型宽大，血液通过缓慢的脉象。如果脂肪沉着于脉管壁，轻者出现浊紧脉，重者出现浊弦脉。浊脉研究提示：近年来部分不典型脑中风疾病的病因与高血脂有关。

浊脉不应该与滑脉、动脉、细脉、微脉、弱脉、濡脉等相兼脉。

有时，浊脉也与糖尿病人的特异脉象共存。这部分病人以“三高症”居多。即：高血压，高血脂、高血糖。临床还见三高症病人有血尿酸的增高。

张璐不但采录了从浊脉中辨别人体体质的强弱，而决定病浊与浊的区别，并且将“占验”的内容也纳入文中，这是医家的业外偏爱。从脉的清浊中的确能辨别体力劳动者及脑力劳动者，这并不是难事。因为体力劳动者脉道粗大，脉力强盛，这样才能适宜体力劳动的需要。而权贵们劳心，无需持重，脉象自然清虚。在旧时劳心者治人，劳力者治于人，自然就有贵贱之分。如果以脉象的清浊论富贵贫贱，则学生、机关工作者、女性、文教卫生、艺术界人士等显然属于此类，而劳动人包括劳动致富的人、工程建筑的老板、酒肉裹腹的部分人皆在贫贱之列，显然这与现实有出入。当然有钱不一定就富贵，“精神贫乏”也是穷人。

“太素脉”的浊脉脉形是：脉见洪盛，腾涌满指，浮沉滑实有力，没有洪脉的软阔，没有弦，不如滑脉的流利。而作者笔下的浊脉单指因血液有形成分的增加而产生的脉象表现；脉见浮沉充盈浑厚有力，如漆行脉中，有洪脉之软阔但无洪脉之来势，有实脉之长阔但无实脉之弦，无滑及紧。但浊脉可以同弦脉、滑脉、紧脉甚至同虚脉、芤脉等兼脉。

（三）浊脉的现代病理解剖学原理

浊脉是血液有形成分的增加，如血脂的增高、血红蛋白的增加、真性红细胞增多症、血液黏稠度等原因而导致的血行速度的缓慢。而血行速度缓慢的原因：一是微循环的通畅度不够；二是血管的堵塞；三是因为心脏的功能减弱（心脏因血黏稠度高而导致的供血不佳）。

（四）浊脉的特征

——浊脉的性质：是血液有形成分的增加，血液粘稠度的增加而导致的脉气浑浊的单因素。

——浊脉的脉感：浮沉充盈浑厚有力，如漆行脉道，如触怒张的大隐静脉。见图64。



图64 浊脉如怒张的大隐静脉

——浊脉的兼脉：浊脉可同虚脉、弦脉、缓脉、紧脉、涩脉、滑脉、数脉、风脉、边脉、实脉、虚脉、芤脉、促脉、结脉、代脉等兼脉。

（五）浊脉的现代临床意义

浊脉主要见于高血脂，也见于血红蛋白增多症、血液黏稠度高等疾病。临床高血脂多合并高血压、高脂肪并糖尿病，所谓三高症病人。浊脉还见于高血压合并有心脏疾病及脑血管疾病，尤其是寸关脉脉晕点更有临床意义。

（六）浊脉三部的现代临床意义

浊脉是脉体整体的浊，因而浊脉不应有三部独浊之分。但在浊脉上常常出现一些脉晕点。根据脉晕点位置与性质可完成对疾病的诊断。详见脉晕点章。

（七）浊脉兼脉的现代临床意义

——浊虚脉：见于高血脂病人的减肥及服降脂药期间。也可见部分消耗性疾病的早期。

——浊缓脉：常见于下肢关节的酸痛、功能不良性病变。也见正常劳动人冬季脉象。

——浊紧脉：见于高血压合并高血脂病人，常见血压的低压高。

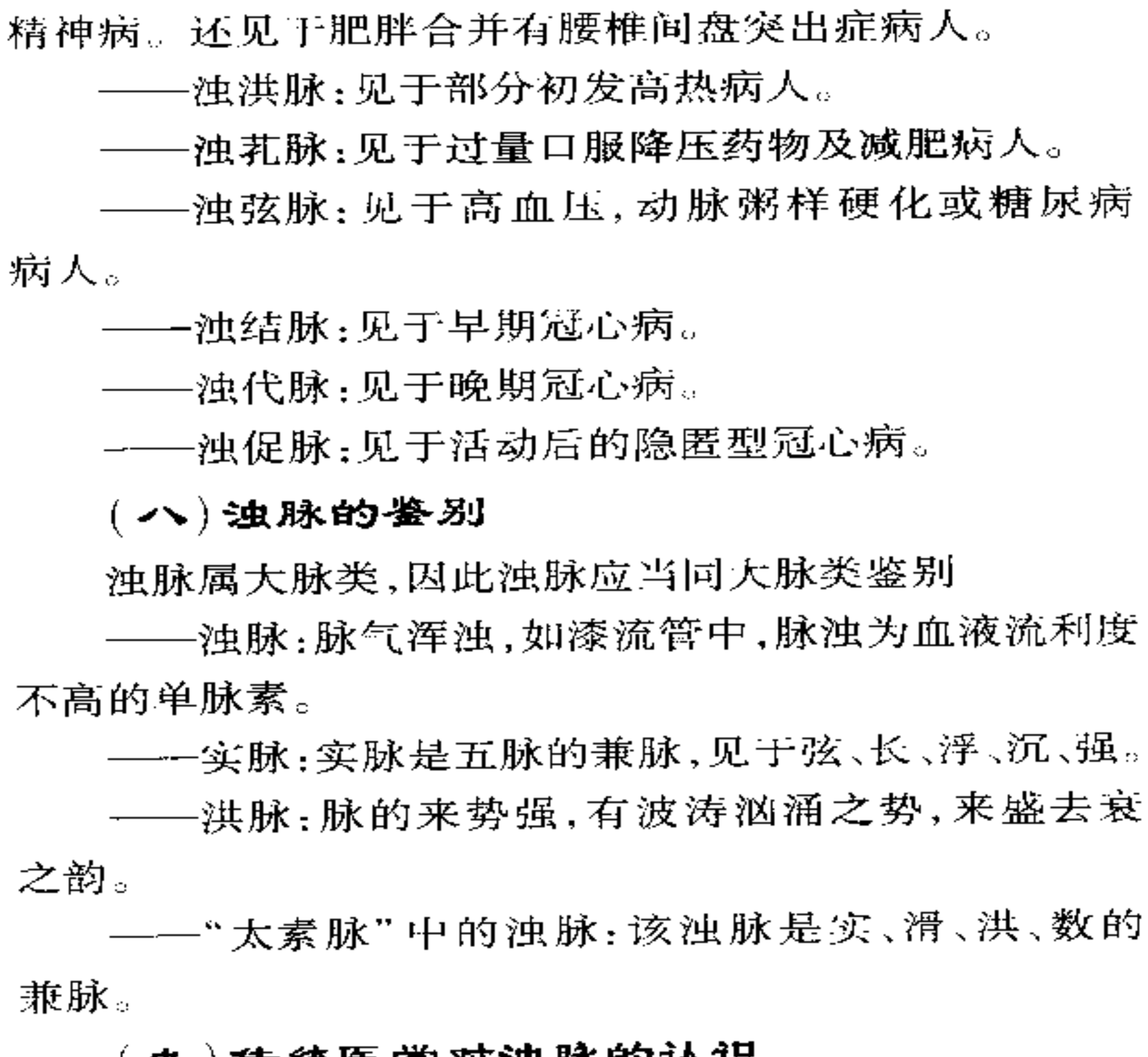
——浊涩脉：见于脑心血管疾病。

——浊数脉：见于部分发热及心脏病病人。

——浊风脉：见于脑中风。

——浊边脉：见于高血脂病人同时伴有肩背部、肋神经等肌肉、筋膜无菌性炎症。

——浊实脉：见于神经系统的早期感染性疾病或部分



精神病。还见于肥胖合并有腰椎间盘突出症病人。

——浊洪脉：见于部分初发高热病人。

——浊芤脉：见于过量口服降压药物及减肥病人。

——浊弦脉：见于高血压，动脉粥样硬化或糖尿病病人。

——浊结脉：见于早期冠心病。

——浊代脉：见于晚期冠心病。

——浊促脉：见于活动后的隐匿型冠心病。

（八）浊脉的鉴别

浊脉属大脉类，因此浊脉应当同大脉类鉴别

——浊脉：脉气浑浊，如漆流管中，脉浊为血液流利度不高的单脉素。

——实脉：实脉是五脉的兼脉，见于弦、长、浮、沉、强。

——洪脉：脉的来势强，有波涛汹涌之势，来盛去衰之韵。

——"太素脉"中的浊脉：该浊脉是实、滑、洪、数的兼脉。

（九）传统医学对浊脉的认识

《内经》云"受谷则浊"，其意是说过量饮食则脉浊。看来古人对浊脉早有认识，只是后人没有进一步认识而已。

（十）浊脉示意图



图65 浊脉示意式图

（十一）浊脉脉诀歌

浊 脉 歌

脉浊泥浆管中流，浮沉皆得力浑厚。
贪食厚腻劳作少，三高重症五十愁。
实见浮沉大而长，来盛去盛幅幅强。
实为正实和盛邪，脉实管势浊稠血。
血管硬化脉浊紧，高压卒中和冠心。
脉浊紧伴寸豆圆，低头出力破脑管。
脉动而浊脉管硬，不是瘫人也无神。
脉浊关动血压高，多动节食压自小。
高血压人脉浊弦，十之八九是遗传。
左寸浊风右肢残，右寸浊风左身瘫。
左寸无力脉浊实，冠心血少胸压石。
左寸如豆脉浊力，高压脑病衰心巨。
右关豆晕脉力浊，脂肪肝大眼模糊。
左关豆晕脉力浊，食欲旺盛腹腰粗。
浊缓脉见寸豆圆，头脑昏昏下肢颤。
浊而结代或数促，此身命短因口福。

二十九、风　　脉

（一）概述

风脉特指脑中风病人所特有的脉象。它的脉理不全是传统脉学的概念，它是一种特异的复合型脉象。

（二）风脉的研究

研究该脉象有利于脑中风的早期诊断、预防和治疗。还有助于加深今人对现代脉象脏腑寸口分属的理解，并为脉象产生原理进一步找到神经学、血循环学理论依据。

脑中风的病理基础是脑组织的缺血、栓塞、出血并由此而产生一系列中风症候群。由于脑中风的病因很多，其对应的脉象改变也各不相同。因此研究和掌握风脉对于脑中风的诊断治疗、预防、预后都具有十分重要的临床意义。

（三）风脉产生的原理

患侧脑组织病损，导致其寸口脉分属部位出现与病因相对应的脉感，表现为患侧寸脉的减弱、沉涩或脉力增强的脉晕点。又由于患侧脑组织的病损使其支配的肢体失去了神经的营养而产生该侧脉的减弱、沉涩。健侧的关、尺脉没有发生改变，但其寸脉分属却是病脑。这是因为肢体的神经是左右交叉传导的。众所周知，寸口候脉是感觉桡动脉脉象要素的变化，而主导这种变化的因素是心血管及其循环学机制。风脉：这种不均等的 X 形脉象变化又进一步说明神经是制约人体脉象的重要因素，而心血管及

其循环学与神经学的有机结合才是脉象产生的重要原理。下图表示人体运动神经的传导是交叉型的。

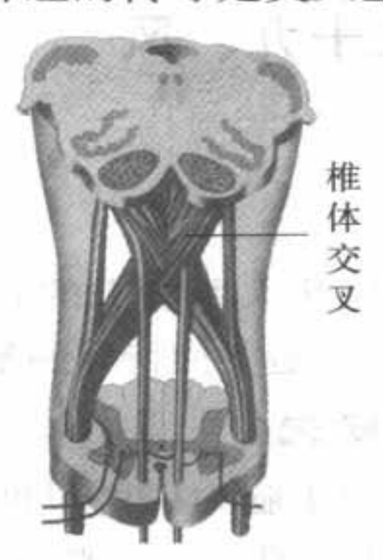


图 66 人体运动神经的传导

风脉的基本脉感：

——患脑侧寸脉出现阴、阳性脉晕点。

——患肢关、尺脉发生脉力的减弱，脉管的变细，脉位的变沉、涩等。

——患肢侧寸脉及患脑侧关、尺脉保持与病因学相适应的脉象。

脑中风的病因很多，由其而产生的风脉也对应不同，但总结其类型还是可以以阴、阳两种脉晕点脉象加以总结。我们把寸脉脉力减弱、脉型细、脉位沉、脉涩等阴性脉类称阴性风脉。把寸脉脉力增强、脉位的浮、脉型的大、脉滑等阳性脉类称阳性风脉。阴性风脉多提示脑供血不佳，常见以脑供血不足、心脏疾病及其功能不足、脑萎缩、慢性脑梗塞、脑栓塞等。阳性风脉多提示脑组织的充血、占位、大血管的梗阻、脑压的升高、脑出血、炎症等。由于脑中风

的病因复杂，有时各种病因混合存在，相互依存，互为因果，临床医生很难及时从临床症状上认识清楚，而脉象多能准确地加以区别，因此研究及掌握风脉极具临床意义。

（四）风脉的类别

根据脑中风的病变部位不同，风脉又可分为左风脉、右风脉、全风脉。见图67。

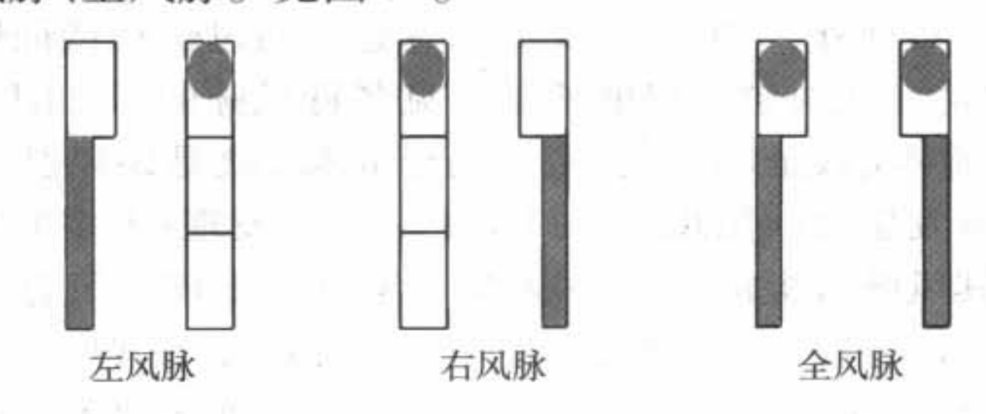


图67 各种风脉示意图

说明：

A. 寸脉的灰点表示阳性脉晕点或阴性脉晕点。

B. 全风脉的寸脉阴性脉晕点和关尺脉的阴性脉应注意鉴别于涩、细、微、弱等脉。

——左风脉：提示左侧脑组织病变，临床上出现右侧肢体功能障碍（右偏瘫）。脉象特点是：左寸脉出现阴、阳性脉晕点，右关、尺脉脉力的减退、脉沉、脉细、脉涩，右寸脉、左关、尺脉出现与病因相适应的脉象，例如浊脉等。见左风脉示意图。

——右风脉：提示右脑组织病变，临床上出现左侧肢体功能障碍（左偏瘫）。脉象特点是：右寸脉及左关、尺脉脉力的减弱、沉、细、涩等。左寸脉及右关、尺脉出现与病因相适应的脉象。见右风脉示意图。

——全风脉：多提示中脑或广泛性对称性病变。病人多昏迷、全瘫或死亡。脉象的特点是：双寸脉出现滑动阳性脉晕点及双关、尺脉的脉力的减弱、沉、细、涩等。或出现双寸脉的无脉及双关、尺脉的击脉等。见全风脉示意图。

人体运动系统的神经传导是左右交错的模式，一侧大脑的病变将导致对侧肢体的功能障碍。脉象上除全风脉双寸口对称外，一般多呈交叉的脉感。通过这种特征性脉感，多能完成对脑中风的诊断。见各种风脉的示意图。

临床实践证明：风脉可先行于偏瘫，就是说风脉可以在偏瘫发生之前出现在寸口脉上。观察发现：大多数偏瘫病人其风脉可提前 3 个月甚至 2 年以上出现。风脉也可提前在病愈前消失，就是说偏瘫病人在康复前其风脉可以提前消失，最长可提前 20 天左右。这种风脉的预示性具有重大临床价值，它对脑中风提前诊断作用及提前预示康复作用是现代化仪器不易做到的。

（五）风脉的临床意义

临床实践又证明：

——阴性风脉，其脉力的减弱程度与病人的偏瘫程度和脑组织的病变程度成正比，与偏瘫的康复成反比。阴性脉晕点多提示脑组织的软化、萎缩、功能的减退或病程的迁延。

——阳性风脉，其寸脉脉晕点的脉力强度和大小与脑组织的病变程度（充血、水肿、占位、梗阻）成正比，与疾病的康复成反比。

（六）风脉的兼脉

必须指出的是：风脉必须兼象于其他病脉，否则不能

成立,因此可以称它为"寄生脉"。这与脑中风的病因分不开。风脉常见的兼象形式主要有:浊风脉、弦风脉、心风脉、血风脉、椎风脉、全风脉等,概括如下:

浊风脉:风脉与浊脉的兼脉。其病因主要是血液粘稠度的增加,如血脂的异常并在血管壁形成脂质沉积,导致脑血供的异常及脱落的栓子的栓塞。

弦风脉:风脉与弦脉的兼脉。其病因主要是高血压病、动脉硬化而导致的心脑血管障碍。

心风脉:因心脏疾病而导致的脑血供障碍或因心脏疾病脱落的栓子栓塞了脑血管。

血风脉:其病因主要是脑出血并由此而产生的特异脉象。

椎风脉:因椎动脉的病变而导致的脑中风并由此而产生的特异脉象。

全风脉:其病因主要是脑干或全脑的病变并由此产生的特异脉象。

以下分述之:

浊风脉

浊脉与风脉的兼脉称浊风脉。浊风脉产生的病理学基础主要是:血液有形成分的增加,导致脑血行速度的缓慢,并导致脑组织供氧量的减少及脑组织的功能下降,由于神经的营养发生了障碍致使其支配的肢体及脏器的功能也发生了障碍。血液有形成分的增加首要以高脂蛋白血症最为多见,其次见红细胞增多症,血小板、白细胞增多症,异常蛋白质血症等。这种脑缺血的现象早期可间断发生,因而其临床症状可出现不典型或很短暂或间断出现。

但具有洞察能力的脉象已经明显于寸口。这种风脉时而有时而无的临床现象则是大多数脑中风的早期脉象表现。

浊风脉是临床上最为多见的脑中风的脉象形式，这也说明高脂蛋白血症是脑中风的重要致病因素。因此早期积极治疗高脂蛋白质血症是预防脑中风的重要环节。

浊脉为脉型宽大、不浮不沉、应手混浊有滦行的脉韵。若一侧寸脉出现阴阳脉晕点或对侧关尺脉脉力明显减弱或沉、涩、细小，另一侧寸脉及患脑侧关尺脉浊则为浊风脉。这种浊脉的交叉型不均等现象与脑神经的交叉传导相辅相成，即病脑侧脉气减弱，其支配的肢体脉气也减弱，健脑侧脉气正常，其支配的肢体脉气也正常。

脉力增强的浊脉是高血压合并高血脂的脉象，是脑中风最常见的基础脉象形式。浊脉体上若出现寸脉脉力增强的脉晕点则多是脑中风的脉象表现形式之一，这类脉象的持有者极易出现脑中风。若双关脉或左尺脉各出现一枚脉力增强、晕如黄豆的脉晕点，则病人多为高血压、高血脂、高血糖病，也易出现脑中风。该类病人平素多难节食，甚至是暴饮暴食、脾气暴躁、性格豪放、血压极不稳定。血压不稳定表现为情绪高昂时血压的升高，情绪低落及安静时血压的下降，因而这类病人极易在情绪高昂及情绪低落时出现脑中风。也有部分病人在低头出力的情况下发生脑中风。中医的痰浊中阻、肝阳上亢型脑中风与此相似。

年龄与浊脉的关系有统计学意义。浊脉者一般年龄多在 40 岁以上，多合并有高血压、糖尿病、高血脂。近年来部分嗜好酒肉的年青人高血脂的现象多有发生。体检时医生的责任不光是完成工作，更重要的是教育那些血脂

异常的病人保持良好的饮食、卫生习惯，预防心脑血管疾病的发生，这是预防这类疾病高发的有效途径。生活的改善及牛奶商的片面宣传使消费群体不知如何是好，部分腰腿不好的中老年人一边吃着降脂药，一边喝着牛奶吃着鸡蛋说是补钙，他们进入了怪圈。事实上早在几千年前我们的先人在营养学方面就已经很科学化。《素问》记载有："五谷为养，五畜为益，五果为助，五菜为充。"将人的营养分成四大类，并以"养"、"益"、"助"、"充"来倡导人体营养的价值观念。谷类是人体生长、发育的主要营养来源；动物食物可以增进谷类主食的价值而有益于人体健康，如果再加上果品的辅助及蔬菜的充实则不可否认的是完全性营养。事实上现在的老年人多是 20 世纪 50 年代出生的人，他们有着贫寒的过去，机体多保持有贫寒的因子，这是中国几千年国情的产物，不能妄加厚补。要丢掉这种因子必须从小开始尝试，而他们的下一代可能是适应者。同时，中老年人的活动量减少，机体需要营养的量也少，过多地进补必然导致脂肪的堆积。而患慢性胃炎的老年人很少见三高症。

当代的中老年人应当保持饮食的清淡，注意微量元素及维生素的补充，适当地体能锻炼，这是他们的长生之道。肌肉不锻炼一定会酸软，这种酸软的原因主要：一是长期不活动，肌肉的酸性代谢产物不能及时地被运走而刺激神经末梢，二是肌肉的废用性萎缩。这种酸软不是通过饮食可以治愈的。适宜地进行体能锻炼才是增加肌肉营养的真正秘方，太极拳爱好者最有心得。疾病在于预防，有病才去就医，我们的先人在几千年前就对此加以批评。《黄帝内经》

曰:“夫病已成而后药之,……譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎。”更有甚者,有些病人医生以健康的方法帮助他,甚至告诉他其疾病所在,但他仍然不能改变他固有的生活方式,这将更具有危险性。关于血脂异常出现早期浊风脉的治疗,笔者的经验方是:黄芪 50 克、决明子 9 克、刺五茄 15 克、细辛 4 克、薤白 10 克、大黄 6 克、川芎 10 克、五灵脂 10 克、何首乌 10 克、远志 10 克、当归 15 克、山楂 15 克、白鲜皮 6 克、枳壳 6 克,左浊风脉加麝香 1 克,余证加减。

浊脉既然是高血脂的特异脉象,那么合并有冠心病的脉象与浊风脉有相似之处,又怎样鉴别呢? 经验是:凡心脏疾病,例如:冠心病、先天性心脏病、心力衰竭、心肌病、心瓣膜疾病、狭窄性心包炎等也可出现以左寸脉脉力减弱或脉位的沉、流速的涩、管径的细等改变。鉴别的主要思路应当是:第一,脉体浊(共同特点)。第二,寸脉沉、细、涩(共同特点)。第三,风脉不典型,这是主要鉴别点(双手关、尺脉无差异)。第四,心脏疾病常见有结、代、促、潮、漾等节律、频率等改变。第五,心脏疾病常见左寸脉的特异改变。第六,双颞、唇、足背动脉左右无明显差异。

应当指出的是,浊风脉在脑中风的早期及脑中风恢复期,尚可出现病脑侧寸脉及患肢侧脉力的增强、实大的脉象改变。它的病理基础可能是病灶处脑神经受压迫而出现的神经早期异常或激惹现象,这可能如同椎间盘突出症的脉理一样,压迫的早期其对应的脉象将出现脉力的增强、实大等,压迫的后期脉象出现对应的沉、细、涩或无脉的表现形式。还可能是:患者的血压没有得到有效的控制,当患肢的血管失去神经的调控后,短期内其脉管的弹

性回缩力丧失，毛细血管床的阻力也将加大，动脉的血流大量灌注在患肢的中动脉管中。因此脉力增强的风脉将是一把双刃剑，它提示脑组织已是亚健康的功能状态。但凡这种风脉出现时，我们应当做好脑组织的康复工作，实践证明此时有效的早期治疗是该病康复的有效手段。发病前病人出现这种脉象时，我们应积极地提示病人加以预防。预防的关键是：①清淡饮食，减少盐、水、饭量的供给。那种多饮水借以稀释血液的医嘱是害人的，加强营养来改善患肢功能的护理是错误的。②降低血压、血脂。那种一边吃着牛奶、鸡蛋，一边吃降脂药是徒劳的。那种“我胃口好什么都好”的想法是危险的。③适宜的体能锻炼。康复期除病前预防三要素以外，康复的治疗方法也非常重要。要知道康复工作应当因人而异，前6个月最为重要，应当积极施法。半年后任何一种方法都仅是辅助方法，只能辅助病人康复，任何积极的手段可能仅是欲速则不达。

弦风脉

弦风脉是弦脉与风脉的兼象脉。弦风脉的病理可能是：脑动脉粥样硬化，高血压小动脉硬化或血管本身的炎性病变使脑动脉管腔的狭窄、闭塞，或血栓的形成或脱落的栓子栓塞导致急性脑供血不足、局部脑组织坏死。临床上出现偏瘫、失语和神经功能的障碍。

脉象表现为：病脑侧寸脉及对侧关、尺脉无力，脉沉、细、涩。健脑侧寸脉及对侧关、尺脉弦。这也是一种交叉形脉型。

弦风脉按其产生的病理基础可以认为是紧脉、弦脉发展的必然结果。高血压特别是肾性高血压的患者常常持

有紧脉、弦脉。而 60 岁以上男性最为多见，但也见于老年糖尿病人，长期吸烟、红细胞增多症等病人。

弦风脉持有者，其四肢的血供也发生左、右两侧的不同，患肢的血供较健侧血供明显下降。虽然患侧脉管的脉力较弦脉的脉力有所下降，表面上看这有利于血液的通行，但脉管因失去了神经的营养，其血行的速度将明显的缓慢，脉管的前阻力也将加大，血管的弹性回缩力也将明显地减小，脉管内的管径并没有明显地扩大，这是因为动脉粥样硬化的脉管壁是一种慢性脂质化过程，也是一种不可逆过程，这些因素均可导致患肢血供的下降。

一般情况下浊风脉、弦风脉患者意识都很清楚。临床上凡是静止状态下出现了突然的意识不清常应考虑为椎－基底动脉系统的栓塞。若为颈内动脉的栓塞，病灶侧单眼可失明，其眼压也下降，对侧足动脉的脉力也将下降，患肢的功能及感觉也出现障碍。如果仅以面部的感觉及上肢功能障碍为主要症状，同侧颞动脉和上肢桡动脉沉、弱，多提示大脑中动脉的栓塞。若一侧上肢的脉搏时有时无或发生了脉涩脉击等改变，应考虑无名动脉或锁骨下动脉及主动脉分支动脉的狭窄、闭塞的可能。颈部大血管的闭塞和粥样硬化性斑块的栓塞在狭窄处可出现击脉。若椎动脉或锁骨下动脉的栓塞可在锁骨上窝摸及击脉。这种脉感就如同听诊器听二间瓣狭窄一样，血流在狭窄的通道中急速通过并出现湍流。

动脉粥样硬化、脑栓塞，临床上脉象与症状的结合对脑中风的诊断有指导意义。

——弦风脉，静止时发生，晨起发生较多见，有渐重

趋势。

——病人意识多清楚、偏瘫、失语等较明显。

——有高血压、糖尿病等病史。

——年龄在40岁以上。

——脑脊液正常。

——父母有高血压病。

——弦风迟脉,对血栓性梗塞有意义。

动脉粥样硬化脑梗塞弦风脉,临床上应当同脑出血、脑挫伤、颅内占位性病变的特异脉象进行鉴别。

——脑出血:脑出血病人的脉象多为寸脉的滑数或击脉,其脉晕点多见慧尾。

——颅内占位性病变:大部分颅内占位性病变,其寸脉的脉晕点多为阳性脉晕点,该脉晕点较孤立,脉力多强,没有慧尾。

——脑挫伤:脉晕点多是阳性,有外伤史。

心风脉

因心脏疾病而导致脑血供障碍并由此而产生的风脉称心风脉。因心脏疾病类型较多,因而心风脉也各不相同。心风脉所反映的疾病是心、脑疾病的脉象表现,它提示的脑中风将是由心脏疾病为诱发因素。事实上心风脉与风脉的鉴别是很困难的,笔者提出心风脉的目的仅是引导广大读者从复杂的风脉脉象中辨别出脑中风的病因并服务于临床。根据心脏疾病种类的不同,心风脉主要见于:

——风湿性心脏病、心内膜炎的栓子脱落而导致的脑栓塞,脉象多见左弦风数脉。

——冠心病:脉象多见左浊风脉或左弦风脉。

——心肌的栓塞:脉象多见左边风脉。

——心律失常:多出现风结、风代、风促脉。

——心力衰竭及先天性心脏病、阴性左风脉。

临床经验告诉我们:所有导致心脏射血功能不足的心脏病,一般均可导致左耳的听力下降或异常。所以临床上但凡左风脉合并有左耳听力下降的病例,首先考虑有心脑供血不足疾病的可能。

总之,当心脏疾病及其脱落的栓子等引起的脑血供障碍并由此而导致的脑中风,其脉象简称为心风脉。它的病理基础首先是心脏疾病,其次是脑组织的血供障碍,结果是脑中风。至于单纯的心脏疾病也就是说没有导致脑血供障碍或者更精确地讲,没有脑中风,则此类病人的脉象不属此列。当然临床上单纯心脏疾病也可导致左寸脉沉、细、弱的脉象,但这并不是风脉。因为该类疾病虽然也可导致大脑的短暂缺血,但是尚没有导致肢体的功能障碍,因而尚不是风脉。但它是脑中风的亚临床状态。

血风脉

血风脉是指脑出血或蛛网膜下腔出血性脑中风病人的脉象。它的基本脉象是寸脉上出现脉力增强的特异性脉晕点,这一脉晕点的最大的特点是存在着慧尾,其慧的头部交叉指向病灶,脉象滑数。早期由于病人多处于意识不清状态,病灶侧所支配的肢体及其脉象不但不减弱,反而出现脉象交叉性增强的现象。这可能与颅内压增高,神经系统的严重压迫,脑膜刺激症有关。此类病人的脉力越强,脉晕越大,预后越不良,多提示颅内大面积出血。大面积脑出血病人预后多不良。

颈风脉

颈风脉是指因为颈动脉的闭塞或梗阻而导致脑中风的脉象。其病理基础是颈动脉及其周围组织的占位。

疤痕挛缩,颈动脉粥样硬化性梗塞,或颈动脉粥样硬化性斑块的梗塞,脑回流静脉的淤滞等原因而导致的脑供血的缓慢,并因此发生脑供血不佳或脑中风。

它的脉象特点是:一侧寸脉出现脉力增强的脉晕点(颈部病变处的同侧),对侧关、尺脉的沉、细、弱、涩,呈交叉型的脉象。当一侧颈动脉尚没有完全阻塞时,其病灶处尚可出现同侧寸口脉击脉的脉象。

风脉与腰椎间盘突出症的脉症鉴别:

——风脉有寸脉的两侧不同,椎间盘突出症寸脉多无明显差异。

——风脉持有者多有原发疾病为病因。

——腰椎间盘突出症可有外伤史,上肢无功能障碍。

(七)风脉歌诀

风　脉　歌

心脑管病脉早风,关尺与寸交叉同。
预风可前三月外,残后方尊白衣翁。
浊风寸见阴阳点,关尺脉阴与偏残。
弦风三高平静里,心栓寸阴动后瘫。
颈风寸击病灶击,血风寸慧关尺减。
诸风皆因无健教,童心动体食不贪。

三十、奇　　脉

（一）概述

奇脉特指呼气终了时脉搏增强，吸气时脉搏减弱的特异脉象。

（二）奇脉的研究

正常人吸气时胸腔的负压增大，体静脉血液流入右心室及肺的量增加，但肺的功能正常时，其容纳血液的量也增加，因而左心室的回心血量可无明显的变化，脉搏也无明显的改变。但疾病状态下（尤其是心包病变严重并伴有静脉压增高者），深吸气时不能使体静脉的血液回流增加，但肺容纳血液的量仍可增加，结果发生了肺的淤血现象，使肺静脉流入左心室的血液量减少。其结果是左心室搏出的血量也减少，收缩压降低，脉搏变小或难触及。

（三）奇脉的现代临床意义

常见于急性心包积液、心包填塞或缩窄性心包炎，也见微循环的衰竭、严重肺气肿、支气管哮喘等病变。

（四）奇脉的特征

——奇脉的性质：特指呼吸时脉搏的强弱呈反常现象的单因素。

——奇脉的指感：呼气时脉强，吸气时减弱，直立时不明显。

——奇脉的兼脉及其临床意义：奇脉常见脉节律、频

率、脉的管径、脉晕点的兼脉等。

❖奇数脉:见于感染性心包炎、急性心包炎等。

❖奇迟脉:见于迷走神经高度兴奋情况下。

❖奇代脉:见于合并严重心脏病患者。

❖奇涩脉:见于微循环的衰竭性病变。

❖奇平脉:见于急性心包填塞。

❖奇脉左寸脉沉:见于慢性心包填塞。

❖奇脉左寸边脉合并左寸脉晕点如豆:见于黏连性心包炎等。

(五)奇脉的鉴别

奇脉应当同潮脉进行鉴别,它们共同的特点是脉势交替的强弱出现。

——奇脉:出现与呼吸有明显的联系,失血及直立时消失。

——潮脉:脉的强弱交替出现,与呼吸无关联。

(六)奇脉脉诀歌

奇 脉 歌

呼强吸弱反常奇,肺盗心血脉气低。
渫为主波小振幅,潮见强弱脉交替。
奇缓迷走受刺激,奇数感染心包觅。
奇代心肌奇涩淤,奇渫填塞心包皮。

三十一、漾　　脉

（一）概述

漾脉特指脉搏振幅小的单因素。

（二）漾脉的研究

脉动的原动力在心脏，心肌收缩力的强弱、心脏瓣膜的良好、有效循环血量的维持、微循环的正常是脉象维持正常的基石。心肌的收缩力下降，或心脏瓣膜的病变，或有效循环血量的锐减，都是脉搏无力的原因。而导致脉漾的主要原因则首推心脏瓣膜狭窄时心脏输出的血液量减少。室间隔缺损，左心室收缩时部分血流将溢出并进入右心室，从而使心搏出血量减少，同样可使脉搏的振幅变小。

（三）漾脉的特征

——漾脉的性质：特指脉搏的振幅小，主波平坦的单因素。

——漾脉的指感：脉体平坦且搏动不明显，搏动出现及消失都缓慢（主波升起缓慢并维持一定时间才消失）。俗喻“无风时的秋水”。

——漾脉的兼脉及其临床意义：漾脉常见有脉节律或频率的改变，有脉的管径及脉晕点的出现等。常见代脉、数脉、弱脉的兼脉等。

❖漾结脉：见于主动脉瓣狭窄合并有传导阻滞病人。

❖漾数脉：见于主动脉狭窄，病人的自汗、心衰等中医

阴虚阳越之候。

❖漾代脉:见于主动脉狭窄及心衰病人。

❖漾弱脉:见于主动脉狭窄晚期表现。

❖脉漾左寸脉晕点如豆:见于主动脉狭窄且心脏肥大病人。

❖脉漾左寸脉沉:见于主动脉狭窄或心脏本身供血不足病人。

❖漾击脉:见于部分心肌功能尚好的瓣膜狭窄病人。

(四)漾脉的现代临床意义

主要见于主动脉瓣的狭窄。及二尖瓣的关闭不全、狭窄,室间隔的缺损等。

(五)漾脉示意图

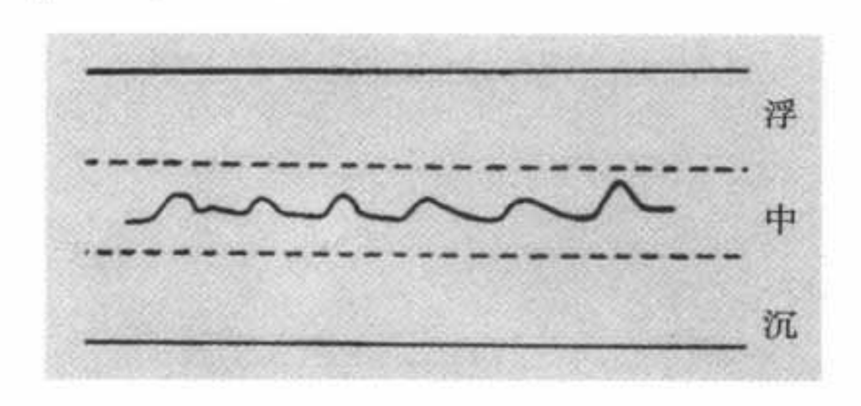


图68 漾脉示意图

(六)漾脉的鉴别

漾脉应同濡迟脉鉴别,这是因为漾脉的主波升降都相对缓慢,而濡迟脉浮柔细软,二脉有脉韵的相仿。

——濡脉主波明显、位浮而柔细。

——漾脉位中、主波不明显。

（七）漾脉脉诀歌

漾　脉　歌

脉漾主波振幅减，一江秋水微波涟。
猫喘寻在胸柄上，主瓣狭窄血难前。
左寸如豆心如靴，猫喘寻在左心尖。
剑下猫喘右心大，寸关如豆非漾观。
左寸凹坑心缺血，漾脉室缺心包炎。

三十二、潮　　脉

（一）概述

潮脉特指脉势的强弱交替出现，即心搏的强弱交替出现。

（二）潮脉的研究

潮脉出现的可能原理是：

——左心室的衰竭以其心肌的肥厚、功能失代偿为主要因素。由于心肌的缺血，导致一部分失代偿的心肌不应期延长，在一次心动周期中仅是代偿期心肌的收缩而失代偿的心肌没有收缩，其结果是心脏搏血量的减少，脉搏变小。在下次心动周期中代偿与失代偿的心肌同时收缩，其结果是心脏搏血量的增加，脉搏增强。如此强弱交错，周而复始，形成潮脉。

——左心室心肌在一次强收缩后，由于能量、氧的大量消耗和代谢产物的堆积，导致心肌舒张期功能减弱，因而心室充盈度下降，再次收缩时心脏搏血量减少，如此周而复始，因而脉搏出现强弱交替出现的脉型。

（三）潮脉的特征

——潮脉的性质：潮脉特指脉势强弱交替出现的脉象形式。

——潮脉的指感：脉来一强一弱，周而复始，心脏疾病的缓解，此脉消失。

——潮脉的兼脉：多见浊脉、数脉、代脉、弦脉或与脉晕点的兼脉等。

❖浊潮脉：脉体浊、主波强弱交替。多见于高血压、高血脂、高血糖患者合并心肌的损害。

❖潮数脉：见于心肌病患者。

❖潮代脉：见于严重的心脏病出现心功能损伤病人。

❖弦潮脉：见于高血压、动脉粥样硬化性心脏病。

❖潮脉左寸脉晕点沉：多见于冠心病或心肌缺血性损害。

❖浊潮脉左寸脉晕点如豆：多见于高血压、心室肥厚合并有心肌损害的病人。

（四）潮脉的现代临床意义

多见于原发性心肌病，左室流出道梗阻性疾病，严重的高血压、冠心病等。

——潮脉：脉型是强弱交替出现的形式，即一个强脉接着一个弱脉，重复出现。

——代脉：二联律是代脉的一种形式，与潮脉易混淆。它呈一对对的形式，两主波峰高相似、间隔较短，每对脉搏的间隔时间相等。

(五)潮脉示意图

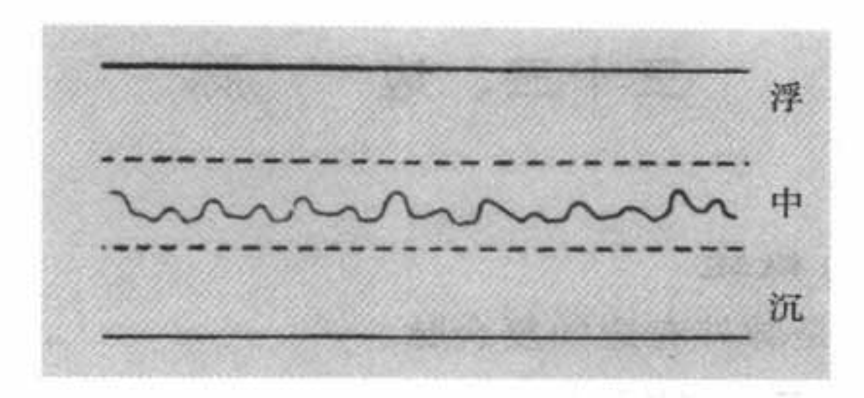


图69 潮脉示意图

(六)潮脉脉诀歌

潮 脉 歌

潮脉强弱交替，寻病多见心肌。
九死见沉左寸，气短胸痛胸闷。
浊见肥厚冠心，弦见高压管硬。
潮代寸涩毖命，潮见脉晕必病。

三十三、边　脉

（一）概述

边脉是脉外有边的复合脉。

（二）边脉的研究

王叔和在《脉经》中云："疟脉自弦，弦数多热，弦迟多寒。微则为虚，代散则死。弦为痛痹，偏弦为饮，双弦则胁下拘急而痛，其人涩涩恶寒。"此语中的"偏弦"及"双弦"即边脉。边脉是脉外加边的复合脉象，这种边必须是一种寄生的形式，不能单独存在，单独存在则是弦细脉或细脉之属。它产生的真正原理：一是桡动脉的支配神经（臂丛神经）受病灶刺激而产生的牵涉性脉象结果；二是寸口病理信息的反馈。边脉必须是脉的边缘见边，是脉管两侧的边，即寸口脉尺侧缘或桡侧缘的边，而不是脉的弦。脉的弦是弦脉及含有弦脉脉素的脉，如实脉或其他弦脉的兼脉等。若脉的上弦则是革脉的脉素。若是"边实"即《三指禅》论述的"实而空者为革，革脉唯旁实，形同按鼓皮"。此是对革脉的错误认识，革脉是上弦而中空，不是边（旁）实而中空。不管怎么说，此语也触及到边的问题。

（三）边脉的特征

——边脉的性质：边脉是脉外有边的复合脉。

——边脉的指感：脉道外有一道边，这种边有弦边、细边等。其脉感如触指头甲缘。见图 70。



图70 边脉如触指头甲缘

——边脉的兼脉:边脉的兼脉很多,但临床上求其兼脉的意义是其次,首要是边脉的出现就表示相应的部位出现相应的病变。诸如数脉与边脉的兼脉表示相应部位的疼痛是有感染的可能,迟脉与边脉的兼脉是因寒冷、受凉的原因。常见边脉的兼脉有浮脉、沉脉、数脉、迟脉、虚脉、实脉、涩脉、缓脉、濡脉、弱脉、牢脉、促脉、代脉、浊脉、风脉等。

(四)边脉的现代临床意义

——多见于各种疼痛、痉挛。

——见于肌肉、肌腱、肌膜、神经、神经外膜、骨膜的有菌性炎症性病变或压迫性病变。也见内脏的牵涉性疼痛、肠道的痉挛性疼痛等。还见于部分肝胆疾病。

——边脉的出现与躯表的皮节、肌肉、肌腱、筋膜、骨膜的有菌、无菌性炎症有直接的关联,当然不可否认,它还关联到人体内脏的牵涉性疼痛与扩散性疼痛等因素。躯表各组织有菌、无菌性炎症性边脉与人体内脏的牵涉性与扩散性疼痛性边脉在脉气上有时难以区别。如临床上,下

肢软组织病变与坐骨神经性病变的尺边脉，其脉感上难以区分。但内脏牵涉性疼痛、扩散性疼痛并由此而产生的边脉，有其显著的脉象特点：这就是同时出现的同寸口分属的脉晕点与边脉。这是脉象鉴别内脏性病变与躯表性病变的有效方法。

人体内脏牵涉性疼痛。见图 71。

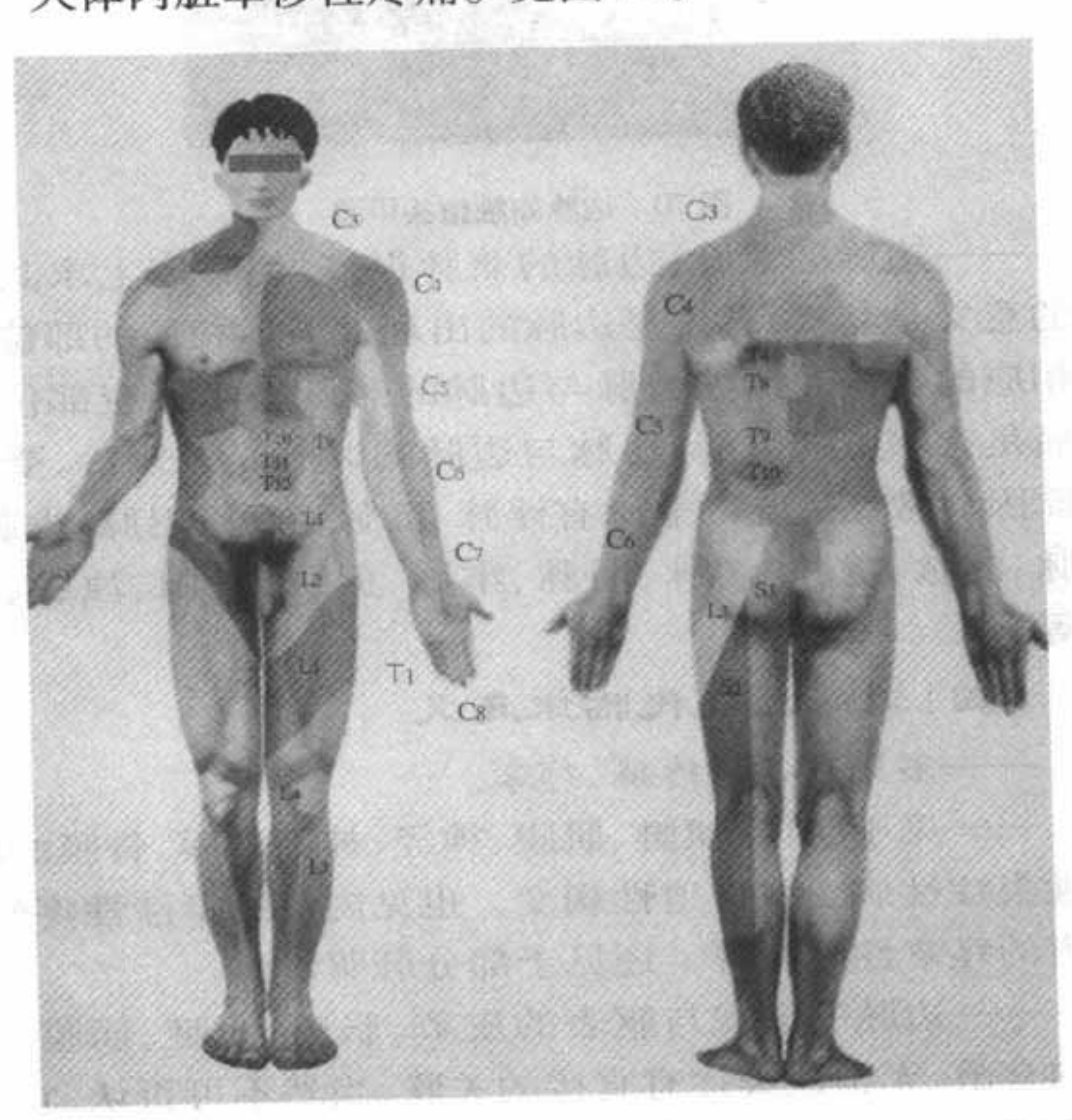


图 71　内脏牵涉性疼痛示意图

现将人体内脏牵涉性与扩散性疼痛而出现的脉晕点、

边脉脉象列于下表。

图 14 人体脉晕点与边脉表

内 脏	病 变	体表疼痛部位	脉 象
心脏	心绞痛、心肌梗死、心包炎	心前区、左肩、左上肢	左寸脉晕点加左寸边脉。
胸腔	炎症	胸壁、腋肋	寸桡边脉合并寸中脉晕点。
纵隔	肿瘤	前胸	双寸尺缘边脉合并寸中脉晕点、左关脉阳性脉晕点。
食道	食道炎	胸骨与左肩前区	双寸尺侧缘边脉或左寸桡右寸尺侧缘边脉。
	食道癌转移	胸骨与左肩前区	双寸尺侧缘边脉加右关脉脉晕点或左寸桡右寸尺侧缘边脉加右寸脉脉晕点。
胃	炎症、溃疡、扩张	上腹及肩部	双关阴性脉晕点加双关尺侧缘边脉。
	肿瘤或淋巴结转移	上腹及肩部	双关阳性脉晕点加双关尺侧缘边脉。
肝	肝炎	右上腹、右肩	亚临床状态：右寸关边弦脉。 重症：双寸口脉弦如刀刃或双寸口桡边弦脉。 肝萎缩：合并阴性脉晕点。 肝大：合并阳性脉晕点。

续表

内　脏	病　变	体表疼痛部位	脉　象
	肿瘤	右上腹、右肩	双寸关阳性脉晕点合并右寸关桡边脉。
	结石	右上腹、右肩	右寸关边弦脉合并右关芝麻样脉晕点。
胆囊	炎症	右上腹、右肩胛	右关桡边脉。重症脉数。
	结石、胆道炎	右上腹、右肩胛	右关桡边脉合并绿豆样脉晕点。急性化脓性胆管炎合并脉数。
胰腺	炎症	中腹部、腰及后腰带状环绕	双关尺侧缘边脉，急性重症脉数。
	肿瘤	中腹部、腰及后腰	双关尺侧缘边脉合并右关阳性脉晕点。也见双关桡边脉双关阳性脉晕点。
肾脏	炎症	腹部、腹股沟区	关尺　尺侧缘边脉及双关下尺上阳性脉晕点。
	结石	腹部、腹股沟区	关尺　尺侧缘边脉及双关下尺上芝麻样脉晕点。
	肿瘤	腹部、腹股沟区	双寸左关阳性脉晕点、患侧关尺尺侧缘边脉。

续表

内　脏	病　变	体表疼痛部位	脉　象
输尿管	结石、绞痛、扩张	小腹部、会阴区	尺部尺缘边脉、结石见芝麻样脉晕点。
阑尾	炎症	转移性右下腹部、脐眼痛	双尺尺侧缘边数脉。
结肠	左曲以上炎症	右下腹部	右尺桡缘左尺尺缘边脉。
	左曲以下炎症	左下腹部	左尺桡缘右尺尺缘边脉。
	左曲以上肿瘤	右下腹部	右尺桡缘左尺尺缘边脉、右尺脉阳性脉晕点，转移则左关阳性脉晕点。
	左曲以下肿瘤	左下腹部	左尺桡缘右尺尺缘边脉、左尺脉阳性脉晕点，转移则左关阳性脉晕点。
小肠	炎症	脐区	双关尺尺侧缘边数浮脉。
肠系膜淋巴结	炎症	脐区	双关尺尺侧缘边数浮脉合并双寸左关阳性脉晕点。
子宫、前列腺、盆腔	炎症	会阴	双尺尺缘脉晕点。
附件	炎症	小腹	尺击脉。

续表

内　脏	病　变	体表疼痛部位	脉　　象
	肿瘤	会阴	双尺尺缘脉晕点合并双寸左关阳性脉晕点。
膀胱	炎症	会阴	双尺脉浮数、若小腹疼痛则尺脉双尺缘边浮脉，重者可见尺击脉。
	结石	会阴	双尺浮散伴芝麻样脉晕点。
直肠	肿瘤	会阴	左尺边虚脉右尺阳性脉晕点。肿瘤转移者合并双寸左关阳性脉晕点。
臀部	有菌无菌炎症	会阴	患侧尺桡边数脉合并尺阳性脉晕点。

现代医学认为：内脏疾病牵涉性或扩散性躯表疼痛，是内脏器官的感觉传入神经纤维其后根进入脊髓而上行传导时，与同节段脊髓接受的躯体感觉神经相接近或会聚或易化而导致人体的误感。其脉象上的信息则是相应寸口脉上出现边脉与脉晕点的兼脉，临床上多见脏器的壁层胸、腹膜病变导致体表的牵涉性疼痛。

脉象的信息均源自于人体与脏器，将人体在全息意义上缩小，则人体躯表的脉信息是脉外的边，人体内脏的脉信息是脉内的脉晕点。

必须指出的是：脉象虽然对疾病有诊断、辨证、预后、指导诊疗等作用，但脉象在许多情况下仅是临床症状意义上的脉指标，不是病理学意义上的指标。例如腰椎间盘突

出症,脉象的特异诊断是:同侧的关尺脉实。经过保守治疗后病人的临床症状、体征都消失,脉象也转为正常,但这只是临床治愈,不代表病理学意义上的康复,经 CT 检查该病可能仍然存在。许多情况下,脏器的手术切除后其对应的脏器脉气明显减弱甚至消失,但一般两年后各脏器的脉气可复旧,这是因为人体有代偿能力。骨骼一般无脉气。

(五)边脉兼脉的现代临床意义

——浮边脉:见于急性肩部软组织的炎症性病变。也见颈部、胸骨无菌性炎性病变。

——沉边脉:见于各种慢性疼痛性病变。

——边迟脉:见于受寒而导致的软组织、骨骼、骨膜无菌性病变。

——边数脉:见于急性或感染性软组织炎症性病变。

——虚边脉:见于营养性或骨关节保暖度不够而导致的功能减弱性疼痛。

——实边脉:见于神经的压迫性病变或急性感染性病变。

——边涩脉:见于神经及软组织的血供不佳、慢性淤血等原因而导致的疼痛。

——洪边脉:见于急性感染或严重软组织创伤性病变。

——边缓脉:见于慢性软组织疼痛性病变。

——濡边脉:见于女性胸背部软组织无菌性炎症病变。

——弱边脉:见于软组织疼痛的早期,一般病人可以

没有临床症状。

——牢边脉：见于神经的长期压迫而导致其神经的变性病变。

——边促脉：见于心脏疾病而导致的肩背部牵涉性疼痛。

——边代脉：见于心脏疾病而导致的肩背部牵涉性疼痛。

——浊边脉：见于劳动人的软组织扭伤及高血脂病人的腰背部陈旧性病变。

——风边脉：见于因颈椎病变而导致的脑中风。

（六）边脉分部的现代临床意义

边脉出现在寸口相应部位则人体就会出现相应部位的病变，根据边脉的寸口部位及其兼脉的性质，来了解病变压迫部位及性质，有立竿见影的诊断效果。

——左寸桡侧缘边脉：见于左肩周炎、左肩胛区、颈椎病左侧无菌性炎症性疼痛、心绞痛的放涉痛等。

——左寸尺侧缘边脉：见于胸骨及胸软骨、胸肋神经无菌性炎症性疼痛等。

——右寸桡侧缘边脉：见于右肩周炎、右肩胛区、颈椎病右侧无菌性炎症性疼痛等，合并右关脉晕点应排除肝炎。

——右寸尺侧缘边脉：见于胸骨及胸软骨、胸肋神经无菌性炎症所致疼痛等。

——左、右寸桡侧缘边脉：主要见于颈椎病及肩背部无菌性炎症性病变等。

——左、右寸尺侧缘边脉：见于胸骨及胸软骨、胸肋神

经无菌性炎症性疼痛等。

——左寸桡、右寸尺侧缘边脉：见于左肩周炎、左肩胛区皮肤及神经炎性病变，左胸肋、左胸膜炎症，颈椎病左侧无菌性炎症性疼痛，心绞痛，心肌梗死等。

——右寸桡、左寸尺侧缘边脉：见于右肩周炎、右肩胛区皮肤及神经炎性病变，右胸肋、右胸膜炎，颈椎病右侧无菌性炎症性疼痛等。

——右关脉桡侧缘边弦：多见于右上腹疼痛、肋神经疼痛、带状疱疹、右肩胛下区软组织撕裂伤、肝胆疾病等。

——左关桡侧缘边脉：多见于左上腹疼痛、肋神经疼痛、带状疱疹、左肩胛下区软组织撕裂伤、肝胆疾病、脾周围炎等。

——右关尺侧缘边脉：多见于上腹部疼痛、胃部不适等。

——左关尺侧缘边脉：多见于上腹部疼痛、胃部不适等。

——右关桡侧左关尺侧缘边脉：多见于右上腹疼痛、肋神经疼痛、带状疱疹、右肩胛下区软组织撕裂伤、肝胆疾病等。

——左关桡侧右关尺侧缘边脉：多见于左上腹疼痛、肋神经疼痛、带状疱疹、左肩胛下区软组织撕裂伤、肝胆疾病、脾周围炎、胃不适等。

——右关桡侧左关桡侧缘边脉：多见于两侧肩胛区中间疼痛、腰区软组织疼痛、胰腺炎、后腹膜病变等。

——右关尺侧左关尺侧缘边脉：多见于中、下腹部疼痛、胰腺炎等。

——左尺桡侧缘边脉：见于左髂部软组织炎症性病变、左输尿管结石、左坐骨神经痛等。

——右尺桡侧缘边脉：见于右髂部软组织炎症性病变、右输尿管结石、右坐骨神经痛阑尾炎等。

——左、右尺侧缘边脉：多见于泌尿系统感染、膀胱结石、前列腺炎症、阴道炎、精索炎、子宫内膜炎等。

——左、右尺桡侧缘边脉：多见于尾骨炎症性病变。

——左尺桡侧右尺侧缘边脉：见于左髂部软组织炎症性病变、左输尿管结石、左坐骨神经痛等。

——右尺桡侧左尺侧缘边脉：见于右髂部软组织炎症性病变、右输尿管结石、右坐骨神经痛等。

——左寸左关桡侧缘边脉：见于左肩胛区、腰区软组织、颈椎病左侧无菌性炎症性疼痛。

——右寸右关桡侧缘边脉：见于右肩胛区、腰区软组织、颈椎病右侧无菌性炎症性疼痛。

——左关左尺桡侧缘边脉：见于左腰区、左髂区软组织无菌性炎症性疼痛、左输尿管结石等。

——右关右尺桡侧缘边脉：见于右腰区、右髂区软组织无菌性炎症性疼痛、右输尿管结石等。

——左、右寸关尺侧缘边脉：见于食道、胸骨及其软组织、胃肠炎症性疼痛性病变。一般这种情况较少见。

——左、右关尺侧缘边脉：见于胃肠、泌尿系统炎症性疼痛性病变。一般这种情况较多见。

——左寸左关桡侧缘、右寸右关尺侧缘边脉：见于左肩甲区、腰区软组织、颈椎病右侧无菌性炎症性疼痛。

——右寸右关桡侧缘、左寸左关尺侧缘边脉：见于右

肩胛区、腰区软组织、颈椎病右侧无菌性炎症性疼痛。

——左寸左关桡侧缘、右寸右关桡侧缘边脉：多见于颈、胸、腰脊髓炎或腰背部软组织炎症性疼痛。

——左寸口三部桡侧边脉：少见于左骶脊肌及其筋膜等软组织炎症性病变性疼痛。

——右寸口三部桡侧边脉：少见于右骶脊肌及其筋膜等软组织炎症性病变性疼痛。

——双寸口三部侧边脉：多见于骶脊肌及其盘膜等软组织炎症性病变性疼痛，强直性脊椎炎等。

——双寸口三部尺侧边脉：少见。有时见于肝炎病人。

——右寸口三部桡侧、左寸口三部尺侧边弦脉：多见于重症肝炎病人。

总之，边脉在临床上属常见脉象，其寸口脉的分属多能指示病变所在。临床上，如能熟练掌握，并结合于兼脉，其临床诊断，不逊色现代影象学诊断。

三十四、击　　脉

（一）概述

击脉是脉气中有湍流，常见寸部尺部脉击，是一种独立的脉型。

（二）击脉的研究

击脉的脉感以脉的来势或去势中有如水枪之枪击的脉感，有一种喷射的来势，脉流的中心血流加速而边流缓慢的去势。如需体会此种脉感，可深触髂动脉，借比体会血流过于如枪击的脉势之韵。

该脉的产生必须具备一定的条件，一是生理性击脉：心脏收缩力强（每搏输出量大）；血管通畅；血流加速。该脉多出现在健康的老人。二是病理性击脉：心脏收缩力强；瓣膜的狭窄或动脉的狭窄；血流相对加速。多见于主动脉瓣狭窄或大动脉的狭窄而心脏功能尚好的情况下。还常见于高血压病患者。也存在于酒后及情绪过于激动、极度恐吓的脉象中。个别的妊娠女性，右尺脉有时也有此脉感。

击脉作为独立脉形，它有一定临床意义：第一，高血压病的病人如过量服用扩血管药物，可出现击脉合并芤脉的脉象，它提示医生，应减少扩血管药物的用量。第二，尺击脉的枪击感延续到寸顶端，且寸端膨大如豆，脉力增强，这是高血压危象的脉象学诊断。部分颈部大动脉狭窄或动

脉瘤也见此脉象,应注意鉴别。必要时借助于听诊。对于伴脉弦、脉紧的病人并防止低头出力,借以防止脑出血。第三,击脉伴右关脉强的病人也应防止脑血管意外(这说明门静脉的压力较高,腹腔动脉的前负荷增大)。第四,但凡健康的老人,尺脉有此脉象多能提示该人的心脏功能佳良并有长寿的可能。第五,极度恐吓的人常常会出现击脉,这在测谎工作中有一定的意义。第六,双寸脉击多见于脑出血病人或血管性头痛病人以及颈部大动脉狭窄病变、甲状腺机能亢进等病人。第七,胸骨柄触及猫喘、脉击是典型的主动脉瓣狭窄的指标性诊断。

击脉有时也存在一定形式的兼象脉,如浊击脉、击代脉、击结脉等,多主老年性心脏病不同的病情。

——浊击脉:提示高血压伴高血脂且心功能尚好,但心脏的前负荷较大。多见于高血压病心脏肥大、心功能的代偿期,还见主动脉瓣的狭窄。

——击代脉:提示心脏肥大,心脏功能失代偿。

——击结脉:见于高血压心脏病传导阻滞病人。

另外,击脉也见分部之击,限于篇幅不一一叙述。

三十五、脉晕点

（一）概述

脉晕点特指脉象中强、弱、大、小、浮、沉不等的脉气形式。

（二）脉晕点的研究

脉晕点脉象是一种新的提法，老的脉象现象。历代脉学著作中对脉晕均视为脉外干扰因素，因而没有进一步地研究。根据古人描述的脉晕特点，结合作者对脉晕点脉象的体会。古人描述的寸口之“独”不全是脉晕点的范畴。

《内经》云：“察九候，独小者病，独大者病，独疾者病，独迟者病，独寒者病，独陷下者病。”这里的“独”一般可从三方面理解：其一，脉体之独，即左右寸口同出现一种病脉，如同为迟脉为寒证，同为数脉为热证，同为浮脉为表证等。其二，脏气之独：六部脉同时脉独弦为肝病。六脉独沉为肾病等。其三，部位之独，即脉晕点脉象。六脉中独部见独，一部独异，则独异之处多见病。如左寸脉独大多见心脏的增大，独沉、独弱则多见心脏的供血不足等。双寸脉桡侧缘边脉多见颈椎病等。明代医学家张介宾在《景岳全书·脉神章·独论》中提出“切脉论独，独处藏奸”。可见先贤张介宾对脉晕点早有一定的认识。医学大家张景岳也认为：“此独字，即医中精一之义，诊家纲领莫切于此。”

清代医学家周学海在谈及脉象的单按总按时，于《读医随笔》[39]中云："单按强、总按大者，是其脉体弦细而二旁有晕也。总按指下部位大，而晕亦鼓而应指矣。单按大而总按细者，必其人血虚气躁，脉体细弱，而二旁之晕较盛也。食指灵，而晕能应指，名中二指木，而晕不能应指矣。更有单按浮、总按沉，单按沉、总按浮者，其浮即晕也……"这里的晕即脉晕点。截止当代脉学大家赵恩俭在《中医脉诊学》中也认为："这里所说的晕，是脉搏振动时所出现的振幅，与脉象有相似之形，但又非脉象。晕的存在，常常干扰原有的正常脉象。无论单按、总按，都应注意排除晕的干扰。"可见，脉之晕至今仍然不被脉学家视为病脉。

候脉时，左、右寸口脉体上常常会触及许多点状的搏动力点，也常常触及到许多凹陷的或无力的搏动弱点，这些点状脉点在寸口脉上的分属与人体脏器的疾病有十分密切的联系，研究这些脉点与脉点间的关系、脉点与脉象间的关系对疾病脏器的脉诊有极大的意义。

脉晕点的性质有阴阳之分。阳性脉晕点是指强于、大于或浮于脉象的搏动脉点。阴性脉晕点是指弱于、小于或沉于、细于脉道的搏动脉点。有时脉晕点的性质是混合的，如大而弱的脉点，沉而强的脉点，小而尖的脉点等。脉晕点的大小以脉道的管径比，其点晕大于脉道的管径为大，反之为小。脉晕点的浮、沉以脉道的浮、沉比，浮于脉道为浮，沉于脉道为沉。脉晕点的脉力以脉道的脉力比，强则为强，弱则为弱。

一般情况下：

——实质性脏器疾病状态下的脉晕点多见大、强、沉。

——空腔脏器的脉晕点为浮、弱。

——脏器体积小则脉晕点小。

——脏器体积大则脉晕点大。

——脏器在躯体的位置决定脉晕点的浮、沉。如乳房，脉位多浮，肝脏脉位沉。

——实质性脏器的手术摘除：其脉点沉凹，脉气消失（术后两年可见脉气恢复）。

——空腔脏器的手术切除：其脉脉晕点多见大而少见弱，但也可见脉气的消失，术后数年不变。

——指标性脉晕点：

❖慧尾样脉晕点（晕外有余晕），多见炎性病灶、出血灶、结石等。

❖芝麻点或散沙击指的脉晕点（小而尖）：多见小结石。

❖若蚁行于指腹的脉晕点：多见早期炎症性病变。

❖若豆，则多见于实质性病变，如癌症等。

❖空腔脏器癌变时，脉晕点的脉力有时不强。

❖如笛音孔，多见脏器的缺血、功能减弱、手术的摘除等。

——脏器的充血、水肿、体积的增大、淤血性梗阻、静脉的回流受阻、空腔脏器手术后的组织粘连等多见阳性脉晕点。

——脏器的体积减小、慢性病变的萎缩、组织的缺血、缺血性栓塞等多见阴性脉晕点。

——肌肉、筋膜、骨膜的脉晕点呈条索样。

——内脏实质性脏器的脉晕点呈点状。

——内脏牵涉疼痛的脉晕点呈脉晕点兼边脉的脉象。

(三)脉晕点的特征

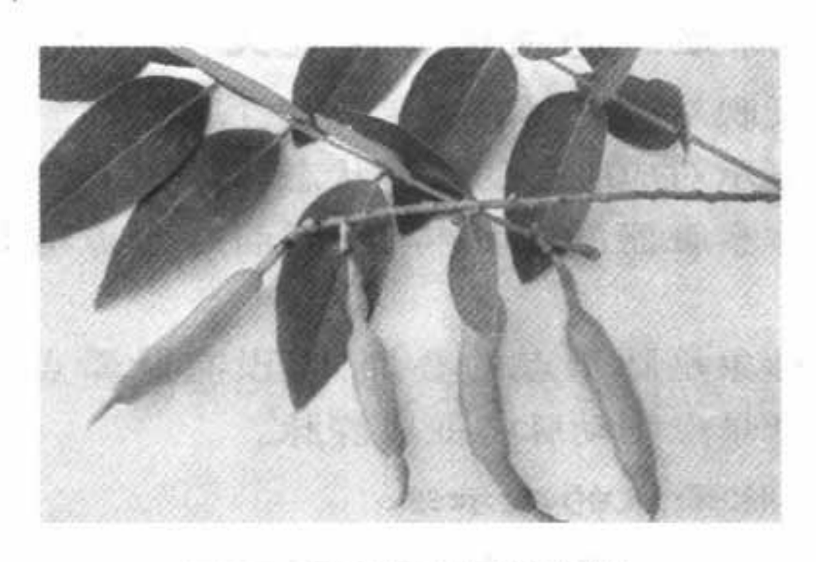


图72 阳性脉晕如触槐树夹

——阳性脉晕点:如触槐树豆角。

——阴性脉晕点:如触笛管的音孔。

(四)脉晕点的原理

人体脏器的发育是按照神经血管的延伸而发育的,胚胎第四周人体的四肢开始发育延伸,而且此时人的心脏及头已经形成,按照信息刻录的先后,各脏器的信息井然有序地刻录在寸口脉上(当然脉象不仅在寸口,全身的脉道都有脉象的信息,在寸口脉上得到的脉诊结果与颞动脉、足背动脉等脉诊结果是相同的)。临床上当把乳房切除后,其对应关脉的脉气明显减弱,肝硬化、脾肿大病人,将脾脏摘除后,左关脉明显减弱,尤其是风脉的交差性脉气变化,足以证明寸口脉中脉晕点是真实存在的。

脉晕点形成的原理与疾病状态下的脏器,其神经的本

位传导和脏器血管与心脏的缩舒状态不协调有关，寸口脉中的脉晕点的形态，与组织、脏器的大小、质地、浮沉有相似之处。

（五）脉晕点的现代临床意义

——反映对应脏器的病变及其性质。

——显示对应脏器的功能状态。

——体察脏器的缺如与否，因而脉晕点应是脏器的“真脏脉”。

——脉象是脉晕点的叠加体，没有脉晕点则没有脉象。没有脉晕点则动脉将变成静脉。

（六）脉晕点的表示法

脉晕点有强弱之分，脉力强用“ + ”表示，其意义是指脉晕点的脉力超过脉力，脉力弱用“ - ”表示，其意义是指脉晕点的脉力低于整条脉管的脉力。脉晕点又有脉位的变化，浮用“1”表示，沉用“2”表示。脉晕点还有大小之分，其外径未超脉管我们用“小”表示，其外径超过脉管用“大”表示。如其大小满某部就直接用某部表示，例如左关沉位上脉力减低，表示为左关 2 - 。脉晕点出现部位的记录方式：笔者建议用焦树德老师的表格式脉象记录法。

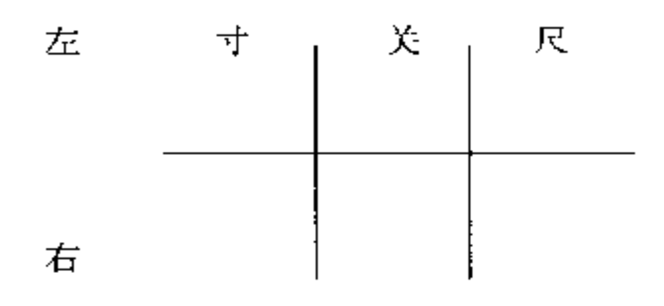


图 73　表格式脉象记录

上图可肢解成：例如：└表示左寸，┘表示右寸，[表示左关，]表示右关，┌表示左尺，┐表示右尺。如：右关出现1枚脉力强于脉管，在浮位的脉晕点，书写成+1]，多见肝胆疾病。

甲状腺机能亢进病人，我们可在双寸脉中段内侧各摸到一枚脉位沉，同时伴有滑数脉的二点共振的脉象（用脉晕点记录为：└2+，┘2+，滑数）。

扁桃体炎，可在双寸脉中段内容侧各摸到一枚脉位浮，左关脉出现黄豆样脉晕点（记录为：└1+，┘1+，[2+，脉数）。同时伴脉数，这是三点共振数脉的例子。

颈椎病，可在双寸脉的外侧缘各摸到条索状、脉位趋沉、脉力很轻的脉晕点，（记录为：└桡2+，┘桡2+），这是二点共振脉象。

痛风，可在左关脉、右关脉、左尺脉各摸到一枚小黄豆大小、脉力稍强、脉位沉的脉晕点，同时病人脉缓而宽（记录为：2+]，[2+，┌2+，脉缓宽]）。这是三点共二脉的例子。

（七）脉晕点的歌诀

脉晕点歌

脉晕疙瘩浮或沉，强弱大小不均等。
沙粒芝麻豆与线，数点共振病疑难。
候脉当知脉中人，指下脉人各半身。
左候左身右候右，尺缘腹前桡侧后。
关候腹上寸头胸，尺脐下肢合参中。
肌筋慢炎浮脉边，脏腑知病脉晕点。
点线合参牵涉痛，脉口独处病见重。

浮数促滑洪多炎，沉涩弱微机能减。
奇漾潮代心肌病，浊风击弦防脑栓。
革牢伏见脑中病，疫病迁延虚细短。

寸 晕 点

内额沉颅外后枕，寸上头颈下胸心。
寸点头痛鼻耳眼，观眼尚需右关参。
扁桃甲腺淋巴咽，寸外见边痛颈肩。
左心右肺气管咽，胸壁椎及脉现边。
尺缘胸前筋膜痛，桡边侧后筋膜炎。

双寸浮晕点

细濡虚微神经衰，遍觅明医睡难乖。
滑数促洪击甲亢，甲亢手颤弱尺脉。
扁桃淋巴亦数滑，右关必强脾多大。
上感气管肺部染，寸浮见晕痛头颇。
濡滑过敏鼻息花，数浮口疡重辛辣。
浮力浊紧脑血稠，数浮头痛颅喷吐。
洪数化扁浮痛咽，晕大至关晕车船。
数浮结膜炎红眼，紧弦头晕动风肝。

双寸沉晕点

缓迟肢肿别甲减，尺虚脱水头晕眩。
颈椎桡边脑缺血，关动寸短高防厥。
头晕耳聋减记忆，关动寸击脑血积。
寸沉血少心肺脑，浮沉迟数皆可抛。
降压过量孔晕眩，肢瘫昏迷中脑栓。

左寸浮晕点

鼻窦牙耳偏头痛，滑数寸击头脑同。
浊紧弦紧肥厚心，力见脑血淤滞行。
左寸浮点强左关，检查鼻咽与颌面。
左肺肿瘤左寸异，痰血低热与咳喘。
胸膜胸壁神经炎，对侧尺缘同桡边。

左寸沉晕点

右关尺弱风左脑，独沉耳心供血少。
汗痛心梗左寸边，绞痛症缓硝油甘。
上感周后心肌炎，阴天胸闷节律变。
左肺浸病左寸沉，虚肠迟涩脉中诊。

右寸浮晕点

右偏头痛耳鼻眼，鼻咽肿块参左关。
右寸击晕椎脉风，梗阻栓塞颈脉弓。
右胸肿病寸晕中，右肺气管炎数洪。

右寸沉晕点

右肺耳脑右气管，右胸膜炎右桡边。
在肺哮喘在耳聋，在脑失聪或右风。

关脉晕点

腹中脉气关中叠，合参左右脉症别。
乳肝脾胃肾胰胆，胸腰脊后脉参边。
浮腑沉脏外脉边，浮沉迟数遵前贤。

双关浮晕点

乳胆胃肠尺缘前，肌筋膜炎桡边缘。
乳胀肿块经前显，乳癌浮晕求沙点。
胆炎右桡左尺边，肝脾肿大关力点。

肝火易怒充血眼，血压不稳高低颠。
胃痛返酸餐后显，十二指肠餐后缓。
双关脉浮寸晕点，血液疾病重骨穿。
双关浮虚左尺点，糖尿痛风胃癌嫌。
糖尿痛风参右关，胃癌左关强滑宽。
浮紧浮滑脉虚见，肠上型感虚尺关。
关弦官能胃肠乱，关数口臭弦数烦。
芤迟呕血弦痛满，散见腹水虫吸肝。
长弦呃逆短乏懒，弦紧官能细必然。

双关沉晕点

肝脾胰肾沉脏点，肝弦右桡左尺边。
缺乳肝淤免疫低，胃气虚弱骨包皮。
关边尺缘胰竖点，沉弦细弦炎胰腺。
细弦关下肾点圆，水肿尿白肾病缠。
动痛牢块紧迟疼，刀刃新弓弦重肝。

左关浮晕点

浮晕胀乳术脉减，胃痛乳晕力透关。
肝脾肿大浮力点，脾脏切除左关减。
左关尺实突腰盘，肌力减弱直腿限。
左关尺浮晕中沙，左尿结石腹刺扎。
左关尺虚乙肠炎，桡边筋膜痛腰间。
血板减少与紫癜，左关多浮力必显。
肿瘤术前强左关，淋巴转移脾厚宽。
中年体弱强左关，必检肿瘤献良言。
体力劳动运动员，左关强时肌丰满。
白领厚禄或昏官，左关强浊肚大圆。

右关浮晕点

乳肝胆肾与胰腺，腰侧筋膜关桡边。
右脏切除右关陷，脉气复原一载半。
右腑切除关晕点，痛灶多见术粘连。
右关脏腑见肿瘤，淋巴转移左关珠。
肝晕力沉胆乳浮，脾胃力沉胃浮沤。
肝弦胆边乳月经，脾显淋巴胃食吟。
胆痛油腻肾肿陷，肝连病眼大便干。
胰尺竖晕桡见边，脉证互补九候鉴。

右关沉晕点

瘪胸郁思萎缩胆，孤独干眼腹中满。
肝胆胰肾功见减，腹膜壁层在桡边。
关尺晕沉脐下观，腰酸腿软肠功乱。
闭经自便寡欲汉，冬穿棉鞋脚亦寒。

尺脉晕点

泌尿四肢生殖脉，浮晕炎痛沉动减。
子宫必参月经乱，关尺脉气肠腹鉴。
泌尿尺缘寻浮晕，膀石尺晕求芝点。
桡边尺下双晕现，女子肌瘤男前腺。
肢肠浮沉脉力参，右主左次寻尺关。

三十六、十　怪　脉

（一）概述

但凡无胃、神、根的脉象均为危重脉象，即死脉。所谓真脏脉、怪脉、败脉、绝脉等均提示危重脉象。如散、涩、代、风脉、弦如刃等脉。十怪脉是危重脉象。由于临床所见不多，许多中医书上多不提及。为防范临床风险，了解此种脉类也有必要。

十怪脉是指：釜沸脉、解索脉、雀啄脉、鱼翔脉、吓游脉、麻促脉、屋漏脉、弹石脉、转豆脉、偃刀脉。多为严重的心律失常，心功能不全，严重的心脏器质性病变，心率的过快过慢等脉象，有的是临床死亡前先兆。一旦诊得此脉，应注意结合于临床症状及时采取有效抢救措施，但有时十怪脉也出现于生理状态下。

（二）十怪脉的现代研究

十怪脉虽复杂，但总体是反映心血管疾病的危重脉象为多。不外乎是心率的过快过慢或快慢交替出现，有时是快慢不均，长短不一，脉搏间歇或脉力大小有异的脉象。

——脉率的异常：十怪脉中绝大多数为快速心律失常，如釜沸脉、鱼翔脉、虾游脉、麻促脉，其脉率常在 160 次/分以上。而解索脉、转豆脉、弹石脉、雀啄脉脉率多在 90～150 次/分。少部分十怪脉为缓慢型心律失常。如屋漏脉，脉率在 20～40 次/分，平均 35 次/分左右。

(2)脉律的异常:屋漏脉、弹石脉、转豆脉、偃刀脉多数脉律规则,解索脉、麻促脉、鱼翔脉、雀啄脉、虾游脉脉率多不规则。而解索脉、麻促脉、雀啄脉更有其不规律性,解索脉来散乱无序,麻促脉来零乱如麻,雀啄脉来乱如雀啄谷粒,为频发的一个正常脉搏之后,接连出现3次以上快速而稍弱的搏动,有时是5~6次快速搏动,甚至可出现较长时限的歇止,而釜沸脉脉律基本规则。

(3)出现的特征:釜沸、雀啄二脉均具有突发、突停的特点。解索脉可阵发也可持续性发作,短则数秒,长则持续数月数年。虾游脉持续时间较短,常仅数秒、数分,但极易出现心室颤动,心搏停止。鱼翔脉发作后可很快转化为麻促脉、虾游脉。而麻促脉、虾游脉往往是心搏停止的前兆,也是临终前脉象。

(三)十怪脉的指感

釜沸脉:脉位浮无力,如水开之沸腾。

解索脉:如解乱绳,脉力不等、快慢无常。

鱼翔脉:浮而无力,似有似无,如鱼之翔水。

雀啄脉:三五不调,阵发如鸟雀啄食。

虾游脉:浮弱无力,时隐时现,如虾之游水。

麻促脉:极细如麻,微弱如风卷残烛。

弹石脉:脉管坚硬,甚者纡回曲长,指若弹石。

屋漏脉:充盈有力,脉缓如雨后屋漏滴水。

偃刀脉:脉坚管细、弦紧如刀刃。

转豆脉:应指圆滑流利,旋转如豆粒。

就脉诊的指感来说,古人对十怪脉的描述比较混乱,如果一时难以掌握,笔者建议认真掌握结、代、促、奇、疾脉

的指感标准。十怪脉虽复杂也不外乎是结、代、促、奇、疾脉的不同组合形式而已。

（四）十怪脉产生的原理

釜沸脉：产生于阵发性室上性（含部分室性）心动过速。

雀啄脉：产生于短暂的阵发性、房性心动过速和室性心动过速。

鱼翔脉：产生于室性心动过速。

虾游脉：产生于扭转型室性心动过速。

麻促脉：产生于多源性室性心动过速。

解索脉：产生于心房纤维颤动。

弹石脉：产生于桡动脉硬化及重要脏器的动脉粥样硬化。

偃刀脉：产生于重症高血压合并动脉硬化。

屋漏脉：产生于完全性或高度房室传导阻滞，极度缓慢的结性逸搏、心房静止、病态窦房结综合征。

转豆脉：产生于严重贫血、恶性肿瘤或变态反应性疾病等。

（五）十怪脉的现代临床意义

十怪脉多见于心脏的严重器质性病变，如高血压性心脏病、冠心病、肺心病、风湿性心脏病、先天性心脏病、病毒性心肌炎、甲亢性心脏病、心肌病、心肌梗死、缩窄性心包炎、克山病等。

十怪脉也见于严重的水、电解质紊乱，如低血钾或高钾血症，临床上多见于某些药物中毒或过量，如去甲肾上腺素、异丙肾上腺素过量，奎尼丁过量，洋地黄中毒、锑剂

中毒、氯奎中毒、中药附子中毒,夹竹桃中毒、洋金花中毒等。有时由于人的情绪过分激动、过度紧张、惊恐、激怒、噩梦、过度疲劳、过度刺激,偶有釜沸脉、雀啄脉、解索脉的发生,但多为一过性,

待至病因素解除,脉象即可转为正常。

总　　结

通读本书后作者期望能给读者留下如下记忆：

（一）脉象的原理

——正常脉象：心动力、血管张力、微循环间乃至人体九大系统间相互协调的结果。

——病脉。

❖躯表组织疾病的脉气通过脊神经传导，显现在脉道的边缘。

❖内脏疾病的脉气以脉晕点的形式存在，并以本位觉的形式通过植物神经传导。

❖内脏疾病范围侵犯到胸、腹膜壁层，脉气呈脉晕点加边脉的脉感。

❖疾病状态下脉象的整体即时变化受控于机体九大系统的调节。

（二）寸口脉分属的原理

——神经的节段性三层分属。

——人体血供的三层分属。

——在神经与血管三分态势下，内脏病气与心共振的寸口顺序是：寸主头、颈胸，关主腹部脏器，尺主髂动脉分属脏器。

（三）三十五脉歌诀

三十五脉歌诀

浮按不足举有余，沉举不足按余力。
迟三常缓四至五，数六疾七以息估。
虚浮大软革鼓皮，长盈寸尺短不及。
荷露晕滑浊行涤，实触蚯蚓伏沉极。
濡浮柔细芤葱空，散触牙膏弦弦弓。
细见浮沉指下线，洪盛来势边脉边。
风异交叉击湍韵，微中模糊漾脉平。
动豆滑数余部伏，促数迟结止见补。
潮见强弱交替及，弱沉细软奇逆息。
轻刀刮竹涩韵候，牢长实大弦沉求。
紧寻壁虎尾巴摇，代统十怪不常敲。
驱边内晕悟脉人，窥生病死脉见神。

附录一：

候脉知病

中国历代名医都是脉诊高手。候脉知病是中医必备技能，也是中医一大特色，还是中国人对中医的一种要求。《诊家正眼》曰："博极而灵，自启思极，而鬼神将通，则三指有隔垣之照，二竖无膏肓之盾矣。"学习脉诊主要在于别阴阳、辨脏腑、明虚实、断病机、定治则。但候脉知病则是名医不约而同的追求。因为脉诊是人体的重要体征之一，它可以特异地提示出某些病症。而别阴阳、辨脏腑、明虚实、断病机、定治则主要是根据临床症状的综合分析。但必须强调：单一的脉诊只是临床诊断的一种探讨方式，它必须以丰富的临床经验为基础，否则正如张仲景所批评的那样，候脉诊病只是"窥管而已"。

中医有记载的病症四五千种，西医所言的病种万种以上，而仅用三个手指就能在三分钟内把病种说得准确那是天方夜谭。自信的是：没有一种能使人出现症状的病症不影响到脉象。

脉诊在临床上的作用大致分三类：一是脉诊直接诊病症；二是脉诊作为临床诊断的体征资料；三是脉诊作为辨证论治的手段。本节专门探讨脉诊对部分病症的诊断。

必须指出的是：把脉诊病有一定的适应范围，它没有举证性。必要的脉证合参，生化、物理检查则是明智的。例如高血脂的浊脉，但凡脉浊者多是高血脂，这是以脉诊

病无须病人陈述病史和检验的例子。而大叶性肺炎，仅凭寸脉的浮数是不能得到正确诊断的，必须借助于脉证的互参和理化检查才能确诊。现举部分常见疾病的脉象诊断的病例，借以抛砖引玉，仅供同道参考（注：脉诊为首诊，病人不言语）。

（一）脉象直接诊病症举例

（1）脉象诊断：高血压、左脑供血障碍、右偏瘫先兆。

脉象：弦浊左风脉。

①左寸脉阳性脉晕点如黄豆。

②右关尺脉沉、细、弱、涩脉短。

③右寸、左关尺脉浊弦。

病例：张××，男，32岁。脉诊：左浊弦风脉（左脑供血障碍，高血脂，高血压）。



患者在丙级医院以右手足不适有蚁走感并无诊断，仅行对症治疗。后病渐加重，右半身渐无力来诊。脉诊拟：脑中风先兆。脑MRI检查，诊断为："左脑血管痉挛"。血化验诊断为"三高症"。在我院经健康指导、中西药结合和针灸治愈。见照片。

(2)脉象诊断:右脑供血障碍(高血脂)。

脉象:右风浊脉。

①右寸脉沉、弱、涩、短。

②左关、尺脉沉、弱、涩。

③左寸、右关尺脉浊,关脉浮力。

病例:潘××,男,70岁。来时坐轮椅(左偏瘫),后经中西结合及针灸治疗现已行走。

(3)脉象诊断:右颈动脉窦瘤,右脑缺血。

脉象:右颈风击脉。

①右寸阳性脉晕点、脉击,右关尺脉稍力。

②左寸脉无异常。

③左关尺沉、弱、涩、短。

病例:秦××,男,71岁,机关干部。脉诊:右颈风击脉。提示右颈动脉压力高。诉:左半身无力。视诊:右颈动脉窦包块。触诊:右颈动脉窦枣样质硬包块,不活动,无触痛,淋巴结无转移。上下肢肌力减退,右颞动脉脉弱于左。听诊:右颈动脉窦处吹风样杂音。诊断为:右颈动脉瘤。考虑风险未治疗,仅以血管活性药物维持。见照片。





(4)脉象诊断:左脑供血不足。

脉象:左风脉。

①左寸沉、弱、微、短、涩。

②右关尺脉沉、弱、涩或短。

③右寸、左关尺脉无异常或出现与病因相应的脉象。

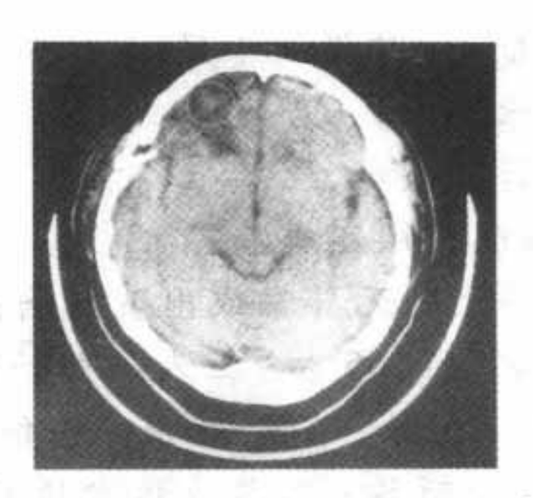
病例:门××,男,65岁,工人。脉诊:左颈风脉。问诊:右半身无力。视诊:右颈疤痕(外伤性左颈动脉狭窄),右半身不遂。听诊:右颈动脉吹风样杂音。尚没有治疗。见照片。



(5)脉象诊断:右脑肿瘤(无转移)。

脉象:右寸脉滑伴黄豆样脉晕力点。嘱其脑CT检查,确诊为左脑瘤。

病例:许××,女,58岁,机关干部。问诊:右偏头痛数年,药治效逊。脑CT检查。诊断为:右脑肿瘤。手术摘除,病理:腺瘤。人健在。见照片。



(6)脉象诊断:左上颌窦炎伴左偏头痛。

脉象:脉滑数,左寸脉晕点动。

(7)脉象诊断:右枕后软组织疼痛。

脉象:右寸脉边击。

(8)脉象诊断:左中耳炎,左耳听力下降。

脉象:左寸短,脉滑。

(9)脉象诊断:咽炎。

脉诊:双寸脉尺侧缘脉浮滑。

(10)脉象诊断:化脓性扁桃体炎。

脉象:双寸、左关脉晕点如豆,脉洪数。

(11)脉象诊断:慢性滤泡性咽言、扁桃体炎,继发性银屑病。

脉象:双寸脉晕点、左关脉晕若豆寸脉浮滑。

病例:牛××,男,35岁。脉象诊断:慢性滤泡性咽言、扁桃体炎29年,继发性银屑病3年。经扁桃体切除抗炎治疗和中西药调理,现病愈。见照片。



(12)脉象诊断:淋巴结炎。

脉象:双寸、左关脉晕若豆,寸脉细数、数、滑数。

(13)脉象诊断:甲状腺机能亢进。

脉象:双寸脉晕点动,脉数(或滑数),双尺脉力减退或沉。

病例:李××,男,38岁。病人在丙级医院误诊为"白血病"。花钱六万余元,治无效。修正诊断为:甲状腺机能亢进。经综合治疗病愈。见照片。



(14)脉象诊断:甲状腺机能减退。

脉象:双寸脉晕点动,脉迟。

(15)脉象诊断:白血病。

脉象：双寸、左关脉晕若豆，脉浮数、细数或虚滑数（血象进一步支持）。

（16）脉象诊断：神经衰弱。

脉象：双寸脉晕若小豆，脉细。

（17）脉象诊断：左肩周炎。

脉象：左寸边脉。

（18）脉象诊断：右肩周炎。

脉象：右寸边脉。

（19）脉象诊断：盗汗。

脉象：寸浮细滑脉。

（20）脉象诊断：颈椎病。

脉象：双寸桡边脉。

（21）脉象诊断：胸骨软骨炎。

脉象：双寸尺缘边脉。

（22）脉象诊断：右肩甲下软组织炎症。

脉象：右寸关桡、左寸关尺侧缘边脉。

病例：张×，女，74岁。脉象：右寸关桡、左寸关尺侧缘边脉。脉诊：右肩甲下软组织炎症。该病人因强力洗衣服导致有背软组织撕裂伤。来诊前在某医院以“右上腹痛”住院20天，几经CT、B超检查不得诊断。花费近万元。脉诊后即行体检，立即确诊。经针灸、理疗康复。



(23)脉象诊断:上呼吸道感染。

脉象:双寸浮数、浮滑、浮紧脉等。

(24)脉象诊断:心肌梗死。

脉象:左寸阳性脉晕点、左寸桡边脉、右寸尺侧缘边脉,脉滑数。

(25)脉象诊断:肺癌(经CT确诊)。

脉象:双寸中阳性脉晕力点,脉虚数。

(26)脉象诊断:高血压,心脏肥大。

脉象:左寸阳性脉晕若黄豆,脉弦力。

(27)脉象诊断:高血压,心衰。

脉象:左寸脉晕点若黄豆,弦潮代脉。

(28)脉象诊断:心脏肥大、主动脉关闭不全。

脉象:左寸阳性脉晕若黄豆,收缩压高、舒张压低。

(29)脉象诊断:心包积液。

脉象:左寸弱漾数脉,右寸尺缘边脉。

(30)脉象诊断:哮喘。

脉象:右寸沉细滑数脉。

(31)脉象诊断:肺源性心脏病。

脉象:右寸沉细、左寸脉阳性脉晕点代脉。

(32)脉象诊断:耳听力下降,记忆力减退,偶头晕。

脉象:寸脉沉、弱、涩、短。

(33)脉象诊断:左耳聋。

脉象:左寸短脉。

(34)脉象诊断:心室间隔缺损。

脉象:左寸脉沉而漾。

(35)脉象诊断:心肌肥厚性心肌病。

脉象:左寸阳性脉晕若黄豆,脉潮。

(36)脉象诊断:晕车船。

脉象:双寸脉晕点滑数,寸浮关弱脉。

(37)脉象诊断:晕车船频吐。

脉象:双寸滑数,寸、关脉沉。

(38)脉象诊断:右肺结核。

脉象:右寸浮、左关脉晕若豆,脉细滑数。

(39)脉象诊断:皮肤过敏。

脉象:右寸脉浮,脉细滑数。

(40)脉象诊断:肠型感冒。

脉象:双尺脉沉、弱,双寸脉浮滑。

(41)脉象诊断:乳腺增生。

脉象:双关脉晕浮滑。

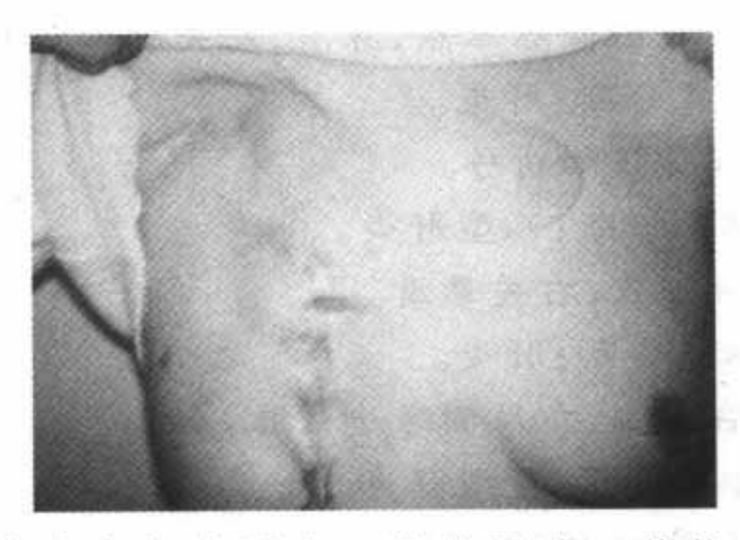
(42)脉象诊断:左乳腺肿瘤。

脉象:左关脉晕若绿豆粒脉浮滑。

(43)脉象诊断:右乳腺癌根治术后。

脉象:右关无脉。

病例:石××,女,54岁。术前右关浮晕若沙粒脉滑,提示右乳有异,视:右乳不规则包块。触硬若额头,右腋淋巴结无转移。四诊印象:“右乳癌”。立即行“右乳癌根治术、术中冰冻切片”。病理确诊为:“右乳腺低分化癌,PR、ER阳性”。术后未化疗,口服专利药97107089X(内分泌双受体休止疗法)目前已经5年,病人体健。见照片。



她妹妹在上海为同病。从美国进口药物,花去近30万人民币,人已病故。

(44)脉象诊断:右乳癌转移。

脉象:双寸阳性脉晕点,左关脉晕若豆。

(45)脉象诊断:眼视力模糊、充血,脾气大,大便干。

脉象:右关浮晕。

(46)脉象诊断:急性胆囊炎。

脉象:右关阳性脉晕点如豆,右关桡边数脉。

(47)脉象诊断:胆结石。

脉象:右关脉绿豆样脉晕点,疼痛见右关桡边脉。

(48)脉象诊断:慢性胆囊炎。

脉象:双关阳性脉晕点浮滑,右关桡、左关尺侧缘

边脉。

(49)脉象诊断:化脓性胆囊、胆管炎。

脉象:脉洪数右关豆样脉晕点,右关桡侧缘边弦脉。

(50)脉象诊断:慢性胃炎。

脉象:左关脉沉、弱,脉细。

(51)脉象诊断:胃部肿瘤。

脉象:双寸阳性脉晕点,脉虚,左关脉如黄豆。

(52)脉象诊断:肝炎。

脉象:双脉弦如新弓。

(53)脉象诊断:乙型肝炎。

脉象:脉细弦,右关晕滑。

(54)脉象诊断:肝炎。

脉象:右桡侧、左尺侧缘边弦脉。

(55)脉象诊断:重型肝炎。

脉象:脉弦而力,如新张弓。

(56)脉象诊断:肝硬化。

脉象:双关脉晕沉若豆脉弦。

(57)脉象诊断:脂肪肝。

脉象:脉浊,右关阳性脉晕点若黄豆。

(58)脉象诊断:晚期肝癌。

脉象:双寸脉晕点如豆,双关脉晕若蚕豆且力脉弦而涩。

(59)脉象诊断:慢性胰腺炎。

脉象:双关尺侧缘边弦,脉细而缓。

(60)脉象诊断:脾大。

脉象:左关脉晕若豆,脉滑。

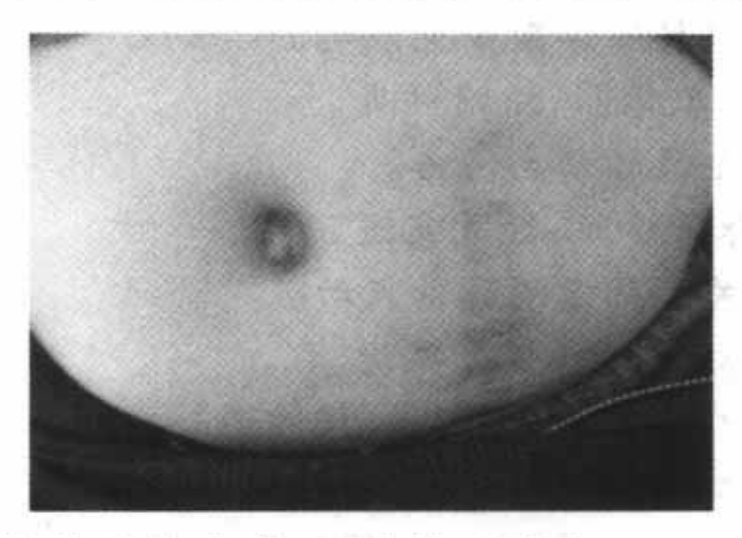
(61)脉象诊断:脾功能亢进、血小板减少症。

脉象:左关脉晕若豆脉虚。

(62)脉象诊断:慢性胰腺炎。

脉象:双关尺侧缘边弦,脉细而缓。

(63)脉象诊断:肝硬化门静脉高压,脾切除术后。



脉象:右关脉晕点若豆,左关无脉气。

(64)脉象诊断:肠系膜淋巴结炎。

脉象:右尺脉晕浮,左关脉晕沉若豆脉滑而数。

(65)脉象诊断:慢性肠炎、大便不规律。

脉象:脉虚细,双尺脉沉。

(66)脉象诊断:慢性肾病。

脉象:关下尺上脉晕沉若豆。

(67)脉象诊断:泌尿系炎症。

脉象:双尺脉滑数。

(68)脉象诊断:右肾结石。

脉象:右关下尺上脉晕点如沙砾。

(69)脉象诊断:右输尿管结石。

脉象:右关尺脉浮伴沙粒。

(70)脉象诊断:前列腺炎。

脉象:双尺脉若绿豆。

(71)脉象诊断:膀胱炎。

脉象:双尺脉浮散。

(72)脉象诊断:膀胱结石。

脉象:双尺脉浮散中见沙砾。

(73)脉象诊断:左附件炎。

脉象:左尺脉晕点滑击。

(74)脉象诊断:性欲亢进。

脉象:关尺脉浮滑脉晕点动。

(75)脉象诊断:性欲减退。

脉象:关脉弱,关尺脉弱,尺脉弱。

(76)脉象诊断:不孕症。

脉象:双尺脉弱、涩、沉、短。

(77)脉象诊断:糖尿病。

脉象:双关、左尺如豆,脉细数。

(78)脉象诊断:痛风。

脉象:双关力、左尺脉晕点如豆脉浊。

(79)脉象诊断:风湿。

脉象:双寸、左关脉晕点如豆双尺脉沉迟。

(80)脉象诊断:右腰椎间盘突出。

脉象:右关尺脉实。

(81)脉象诊断:慢性右腰椎间盘突出。

脉象:右关尺脉弱、涩、沉。

(82)脉象诊断:三高症。

脉象:双关、左尺脉晕如豆,脉浊而力。

(83)脉象诊断:高血压(遗传性)。

脉象:脉细弦力。

(84)脉象诊断:高血压(不稳定型,中医肝火亢盛型)。

脉象:双关脉晕点如豆脉浊力。

(85)脉象诊断:高血压冠心病。

脉象:双关脉晕点如豆,左寸脉沉,脉浊实。

(86)脉象诊断:高血脂、高血压心肌肥厚。

脉象:右关、左寸脉晕点如豆脉浊实。

(87)脉象诊断:癌症转移。

脉象:双寸脉晕点动滑,左关脉晕点如黄豆。

病例:刘××,女,55岁。食道中段鳞癌。准备手术治疗,手术前,家人慕名邀诊。脉象:双寸脉晕点动滑,左关脉晕点如黄豆。提示癌症已经淋巴结转移。西医术中见纵隔内广泛淋巴结转移。

(88)脉象诊断:体位性低血压性晕厥。

脉象:站立时脉力明显减低于蹲位。

(89)脉象诊断:心肌供血不足、ST波改变。

脉象:左寸脉独沉、细、涩、微、弱。

(90)脉象诊断:心律失常(期前收缩)。

脉象:脉促与结不规则出现,主波前见小波。

(91)脉象诊断:室性期前收缩。

脉象:大波提前出现。

(92)脉象诊断:窦性心动过速。

脉象:规律性脉数、疾。

(93)脉象诊断:室上性心动过速。

脉象:规律性脉数,大波小波有分离。

(94)脉象诊断:心动过缓。

脉象:规律性脉迟。

(95)脉象诊断:高血压、血管硬化。

脉象:弦细力脉、挺指,脉管可按至皮下仍感脉动。

(96)脉象诊断:腹主动脉缩窄。

脉象:桡动脉脉压高,脉动明显大于足背动脉,也见足背动脉无脉,关脉击。

(97)脉象诊断:妊娠高血压。

脉象:脉弦而力,左寸关右关尺脉浮滑。

(98)脉象诊断:心源性晕厥(过缓型)。

脉象:脉迟,双寸脉短。

(99)脉象诊断:阿－斯综合征。

脉象:心动短期消失。

(100)脉象诊断:贫血性头昏。

脉象:脉虚数,强弱脉气间差别明显,寸脉浮晕。

以上仅是笔者经验脉法的一部分,但临床许多脉象多是复合性的,不单纯是上述那样的单一。例如某病人来诊,脉见:左寸脉沉代,双关脉晕若豆,双尺脉晕若豆伴浮滑,脉浊实。诊断为:三高症,心肌缺血、心律不齐、心衰,左耳听力下降,前列腺炎症和增生,胃肠淤血等。

候脉诊病必须明白脉理,经验也来源于积累。

(二)脉证合参断病证

仅候脉诊断病症是不能满足临床需要的。须知临床工作的复杂性、诊断疾病的科学性和严谨性,没有多年临床工作的磨炼是困难的。稍大意则医疗事故纷至沓来。

就脉数而言,中西医均以热称之,仅西医有载的疾病就见如下,在此择录给读者,其目的是防止“管见”。

数脉见:急性发热,长期发热,周期发热,慢性低热等。

1. 急性发热

急性发热包括:

(1)发热伴皮疹性疾病:麻疹、猩红热、风疹、幼儿急疹、水痘、带状疱疹、立克次体病、登革热、败血症、皮肤炭、肠道病毒、感染、莱姆病、传染性红斑、血清病、伤寒、传染性单核细胞增多症、流行性脑脊髓膜炎、风湿病、系统性红斑狼疮、成人斯蒂尔(Still)病、药物疹。

(2)发热伴呼吸系统症状:流行性感冒、上呼吸感染、咽峡炎、扁桃体炎、肺炎、肺脓肿、胸膜炎、肺梗死 、肺炭 、肺鼠疫、钩端螺旋体病(肺出血型)、艾滋病卡氏肺囊肿肺炎。

(3)发热伴心血管系统疾病:急性心包炎、急性心肌炎、心肌梗死、血栓、栓塞性疾病。

(4)发热伴泌尿、生殖系统疾病:急性肾盂肾炎、肾周围炎、肾周脓肿、急性盆腔炎、急性输卵管炎、产褥热。

(5)发热伴胃肠道及腹部症状:细菌性食物中毒、细菌性痢疾、病毒性胃肠炎、急性出血坏死性肠炎、胆道感染、胆囊感染、肝脓肿、急性病毒性肝炎、急性胰腺炎、脾脓肿、急性阑尾炎、急性腹膜炎。

(6)发热伴神经系统症状:脑膜炎和脑炎、高温中暑、脑血管意外、中毒性菌痢、高热惊厥、脑型疟疾。

(7)发热伴明显出血现象:出血热(流行性出血热、登革出血热)、血液病、DIC、钩端螺旋体病、炭、鼠疫。

(8) 发热淋巴结肿大:淋巴瘤、淋巴结炎、腺鼠疫、兔热病、传染性单核细胞症。

(9) 发热伴局灶感染:鼻窦炎、中耳炎、乳突炎、咽后壁脓肿、淋巴管炎、蜂窝织炎、乳腺炎、疖痈、骨髓炎、深部脓肿。

(10) 发热伴血中嗜酸性白细胞明显升高:丝虫病、蠕虫蚴移行症、急性血吸虫病。

(11) 发热伴黄疸:病毒性肝炎、胆囊炎、胆石症、化脓性胆管炎、传染性单核细胞增多症、钩端螺旋体病、急性溶血、急性酒精中毒、药物热、肝癌、

2. 长期发热

(1) 热伴皮疹:败血症、恙虫病、莱姆病、鼠咬热、SLE、贝赫切特综合征、结节性多动脉炎、药物症。

(2) 发热伴淋巴结肿大:淋巴结核、传染性单核细胞增多症、AIDS、猫抓热、播散性组织胞浆菌病、结节病、坏死增生性淋巴结病、血管免疫母细胞淋巴结病、恶性淋巴瘤。

(3) 发热伴肝肿大:细菌性肝脓肿、肝结核、阿米巴肝脓肿、急性血丝虫病、肝吸虫病。

(4) 疟疾、脾结核、脾型淋巴瘤、亚急性感染性心内膜炎。

(5) 发热伴肝脾肿大:粟粒型肺结核、无反应性结核、伤寒、黑热病、恶性组织细胞病、嗜血细胞综合征。

(6) 发热伴黄疸:伤寒性肝炎、CMV 感染(肝炎型)钩端螺旋体病、原发性肝癌、胆管癌、狼疮性肝炎。

(7) 发热伴关节炎:败血症、布氏杆菌病、莱姆病、风

湿热、成人斯蒂尔病。

(8)发热伴腹痛、腹泻:肠结核、局限性肠炎、溃疡性结肠炎、小肠恶性淋巴瘤。

(9)发热伴神经系统异常:结核性脑膜炎、隐球菌性脑膜炎、弓型体病、军团菌病、急性白血病。

3. 周期性发热

(1)感染性:疟疾、回归热、鼠咬热、化脓性感染、布氏菌病、丝虫病。

(2)非感染性:周期热(周期性多浆膜炎、周期中性粒细胞减少症)、淋巴瘤、鼻咽癌、脂膜炎、眼-口-生殖器综合症。

(3)慢性低热。

A. 慢性低热(器质性)。

a. 感染性疾病:全身感染性疾病[结核病、慢性病毒性肝炎、全身性巨细胞病毒感染、链球菌感染后症状、慢性布氏杆菌病、某些寄生虫感染(肺吸虫感染、华支睾吸虫感染)],局灶感染性疾病(慢性肾盂肾炎、慢性胆道感染、亚急性感染性心内膜炎、支气管扩张、扁桃体炎、鼻窦炎、中耳炎、女性内生殖器慢性炎症)。

b. 非感染性疾病:消化系统疾病[消化性溃疡、炎症性肠病(局限性肠炎、溃疡性结肠炎、肝硬化)],内分泌系统疾病(甲状腺功能亢进症,肾上腺功能亢进症,如嗜铬细胞瘤),血液系统疾病(慢性贫血、慢性白血病、恶性淋巴瘤),中枢神经系统疾病(间脑综合征),风湿性疾病(风湿热、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎、干燥综合征、皮肌炎),恶性肿瘤(肺癌、原发性肝癌、结肠癌、肾癌、胰头

癌)。

B. 慢性低热(功能性)。

a. 神经性低热。

b. 感染后低热。

c. 夏季低热等。

可见就脉数所囊括的疾病就如此之多,仅依靠脉象的数是不能明确诊断的。而当有了脉证合参的工具,我们的眼界就将被打开。例如麻疹一病。脉诊:双寸脉浮数。脉诊的印象诊断是发热,上呼吸道感染。若知有麻疹接触史,口腔黏膜斑,一般应该在皮疹出现前作出对麻疹的诊断。4 天后的皮疹出现而被证实。

现举几例借以参考。

(1)临床诊断:猩红热。

脉象:双寸脉浮数。

体征:咽炎、发热 2 天后出现猩红样特异皮疹。

(2)临床诊断:风疹。

脉象:脉浮滑,双寸、左关脉晕点如豆样。

体征:发热,2 日见疹,皮疹似麻疹但稀少,耳后淋巴结肿大。

(3)临床诊断:水痘。

脉象:脉浮滑数。

体征:发热,2 日见疹,皮疹似麻疹但稀少躯干出现斑、丘、疱疹。

(4)临床诊断:带状疱疹。

脉象:疱疹侧边数滑脉。

体征:躯干某侧的疱疹不超中线。

(5)临床诊断:败血症。

脉象:洪数脉。

体征:全身症状重,新老脓灶,血培养阳性。

(6)临床诊断:流行性脑脊髓膜炎。

脉象:双寸脉晕洪数,但与体温相对为缓。

体征:高热,皮肤淤点淤斑,WBC 增高,脑膜刺激征。

(7)临床诊断:早孕。

脉象:左寸、右关尺脉浮滑。

检验:HCG(+)。

物理检查:"B"超探及孕囊。

(8)脉象诊断:淋巴结结核。

脉象:双寸、左关脉晕如豆,脉滑熟。

检验:"血沉"增快,结核菌素实验阳性。

物理检查:病理活检可以确诊。

(9)脉象诊断:伤寒。

脉象:左关脉晕如豆,脉滑数。

临床症状:渐进性体温增高,少量玫瑰疹,白细胞低,脾大。

(10)脉象诊断:子宫肌瘤。

脉象:双尺脉滑,脉晕若豆,左尺晕明显。

"B"超检:子宫肌占位性病变。

(11)脉象诊断:心肌梗死。

脉象:左寸边脉,脉滑数。

物理检查:心电图见特征性改变。

总之脉象在疾病诊断上的作用是不可否认的,但脉象诊断疾病也不是特异的,更不是万能的。医生诊脉知病在

很大程度上是临床经验的积累。古人有关脉证合参的启迪则是脉诊发展的必然趋势，也是自然趋势。若脉诊难以明确诊断，借鉴现代理化检查是有必要的，任何固执与偏见都是危险的。事实上张仲景被尊为医圣，更重要的地方还在于他给后人留下了严谨的科学态度，让我们翻开张仲景的《伤寒杂病论》，其问诊所涉及的内容足以涵盖现代中医问诊的全部，让我们敬佩。《伤寒杂病论》中主要症状有发热、潮热、往来潮热、恶寒、恶风、无汗、出汗、头汗、头痛、头眩、颈项强、身痛、肢节疼痛、身重、拘急、烦、烦躁、不得眠、惊悸、喜忘、发狂谵语、懊侬、咳喘、短气、厥逆、小便不利、小便利、胸胁满闷、胁痛、腹胀痛、腹痛、心下满硬、结胸、痞、痛、少腹满、气上冲、奔豚、振振摇、能食、不能食、呕吐、哕、吐血咽痛、咽干、口渴、下利、大便硬、不大便、便血等。

附录二:

注　　释

(一)脉学简史部分

[1]扁鹊:我国战国时期杰出的医学家,生活在公元前5世纪左右。据《史记》等书的记载,他原名姓秦,名越人。今河北任丘县人。他具有丰富的医疗实践经验,尤其长于脉诊。通内科、外科、妇科、儿科、五官、针灸等,故能周游列国,得心应手地传播自己的医学思想。他还是一位反对巫术迷信的有史载的医生。《汉书·艺文志》著录《扁鹊内经》、《扁鹊外经》等书,已佚失。现存《难经》是托名之作。

[2]《黄帝内经》,书名,简称《内经》。以黄帝、岐伯等问答的形式而成书。该书是我国现存最早的医学著作,成书时间约在战国时期,其内容包括这个历史时期多人的作品。原书18卷,即《素问》和《针灸》(唐以后的传本改称《灵枢》)各9卷。该书以医药理论为主,兼及针灸、方药及治疗。在朴素的历史唯物主义观点指导下,阐述中医学理论,辨证论治规律、病症等多方面内容,奠定了中医学的理论基础。

[3]三部九候,是指脉诊的方法。古代多用遍诊法,即遍诊上、中、下三部有关的动脉。上部为头部,中部为手,下部为足部。把上、中、下三部各分成天、地、人三候,

三三合而为九，故称三部九候脉法。

[4]遍诊法，即三部九候法。

[5]司马迁，字子长。我国西汉时历史学家、文学家、思想家（公元前 145 或前 135—？）。陕西韩城南人。其父司马谈，任太史令。他年轻时遍游祖国南北，考察风土人情，采集民间传说。元封三年（公元前 108 年）继父职，任太史令。太初元年（前 104 年）与唐都、落下闳等共定太初历，对历法进行改革。后因对李陵军败降匈奴事有所辨解，得罪下狱并受腐刑。出狱后任中书令，发愤继续完成所著史籍。人称其书为《太史公书》，后又称《史记》，是我国最早的通史。此书开创了传记体史书的形式，书中传记语言生动，形象鲜明，是优秀的文学作品，对后世史学与文学都有深远影响。司马迁怀疑天命及神学。认为谋"利"是人的天性，提出"人富而仁义附焉"，试图以经济生活说明社会道德。

[6]《史记》，见司马迁。

[7]希波克拉底，公元前 460 年出生于爱奥尼亚地区柯斯岛，他出身医生世家，成年时在希腊行医，雅典为这位外籍人授予荣誉市民的称号。以他的名誉流传下来的著作集成为《希波克拉底文集》，共 70 篇文章。希波克拉底反对巫术，着重实践，尊重科学，提出"四体液学说"。他认为：人体存在四种液体，即血液、黄胆汁、黑胆汁、黏液。这四液相互平衡与调和人就不会生病。这就如同中医的五行学说一样，成为西方医学的基础理论。并影响西方医学一千多年。

[8]《黄帝内经八十一难经》，即《难经》，分三卷（或

分五卷)。原题秦越人撰。大约在汉以前成书(或在秦汉之间)。该书以假设问答、解释疑难的方式编纂而成。其具体内容以基础理论为主同时也分析了一些病症。其中1—22难论脉,23—29论经络,30—47难论脏腑,48—61难论病,62—68难论穴位,69—81难论针灸。主张"独取寸口"脉法。

[9]《灵枢》,又名《灵枢经》、《黄帝内经灵枢经》,为《内经》的组成部分之一。原书9卷81篇,又名《针经》,别名《九卷》,隋唐时出现多种不同名称的传本,包括《九灵》、《九墟》、《灵枢》等。宋朝以后传本及原本多见佚散,现存《灵枢》传本系南宋时期史松家藏9卷重新编校而成,改为24卷。该书与《素问》所论述的内容相近,尤详于经络针灸而略于运气学说,在介绍基础理论与临床方面则与《素问》内容互有补充,是研究我国战国时期医学理论,特别是针灸疗法的重要文献,并为历代医家所重视。

[10]《素问》,古医书。又名《黄帝内经素问》,为《内经》的组成部分之一,原书9卷,共81篇(魏晋朝以后仅存8卷)。唐朝王冰注释此书时改为24卷,并补入7篇大论,但仍缺刺法论、本病论2篇,经北宋林亿等校注后,成为今存《素问》传本的依据。本书包括人体解剖生理(脏象、经络等)、病因、病理、诊断、辨证、治疗、预防、养生以及人与自然、阴阳五行学说在医学上的应用、运气学说等多方面内容,较系统地反映了我国战国时期的医学成就。

[11]独取寸口,古今均将桡动脉分成寸关尺三部,每部都以轻中重指力下按,称浮、中、沉三候。

[12]牛顿,1642年1月25日生于英国林肯郡伍尔索

普地区。他是人类有史以来最伟大的科学家。在数学上他发明了微积分;在天文学上他发明了万有引力定理,开辟了天文学的新纪元;在物理学方面他发现了太阳光的光谱,发明了反射式望远镜。一位科学家一生中仅有一个贡献,就足以名垂千古,而牛顿集许多光环于一身。

[13]爱因斯坦,德国犹太人,后入瑞士及美国国籍。最伟大的成就是相对论的研究。关于光电效应的研究获1921年诺贝尔物理奖。

[14]张仲景,为我国东汉时期杰出的医学家,被尊为"医圣"。名张机。南阳郡(今河南南阳)人。生活于公元2世纪中叶到3世纪。他广泛地研究了《内经》等古典医著,博采劳动人民诊疗疾病的经验,结合自己的临床实践,著有《伤寒杂病论》。首先提出对伤寒六经辨证和杂病八纲辨证的原则,奠定了中医辨证论治的基础,对中医学的发展有很大影响。他的著作被后人整理成《伤寒论》和《金匮要略》两书。

[15]《伤寒论》,医书,共十卷。东汉时期张仲景撰于3世纪初。该书是《伤寒杂病论》中有关伤寒病证为主的部分,经王叔和整理,复经北宋校正医书局校对而成。

[16]《金匮要略》,书名,该书是张仲景《伤寒杂病论》的内容并经晋朝王叔和整理冠名成《金匮玉函要略方》,后再经北宋校正书局根据当时所存的资料重新编校成《金匮要略方论》。《金匮要略方论》取其中以杂病为主的内容,全书25篇,方剂262首,也兼有部分外科、妇产科等病症的内容,该书总结了东汉以前的医学临床经验,提出了辨证论治及方药配伍的一些基本原则,记载了许多实

用及今天仍然有效的方剂，成为中医医学的理论基础。

[17]趺阳脉，又称冲阳脉。为三部九候诊法切脉部位之一种。属足阳明胃经的经脉，位足背胫前动脉搏动处。

[18]太溪脉，经穴名。属足少阴肾经。位于足内踝与跟腱水平联线中点。

[19]华佗(？—208)，东汉末年杰出的外科学家，字元化。安徽亳州人。通晓内、外、妇、儿、针灸等科，更长于外科，在医学上有很高的造诣。据《后汉书》等史籍记载，他曾创用酒服麻沸散进行全身麻醉，做腹腔肿瘤切除手术。他主张体育锻炼，借以增强人的体质，预防疾病。发明“五禽戏”，即模仿虎、鹿、熊、猿、鸟的动作进行体育锻炼，但该著已佚失。现《中藏经》为托名之著。

[20]曹操，后汉时期魏国统领。常有头疼病，华佗诊断其为“脑瘤”。建议用手术的方法摘除。曹操怀疑华佗借机杀害他，遂将华佗杀害。

[21]盖伦，于公元130年出生在土耳其的贝加莫。他的父亲是一位建筑学家，盖伦小时候受到过良好的教育，17岁学习医学。公元168年定居罗马，成为罗马御医。他著书立说，大约在公元200年去世。盖伦的主要贡献是系统地总结并继承了希波克拉底以来的医学理论如“四体液理论”，其著作均基于人体解剖及动物的比较解剖学。他认为，肝脏、大脑、心脏是人体主要器官，肝脏的功能是造血，并注以天然的灵气，血液大部分通过静脉在人体内流动，小部分通过心脏注入生命的灵气，生命的灵气通过动脉达到全身，使人体有生命力。盖伦的著作包括

医学理论及实践,影响西方医学一千余年。

[22]四体液说,见希波克拉底(7)。

[23]《人体结构》,人体解剖学书。安德烈·维萨留斯著于1543年。共7卷。该书依次论述了骨骼系统、肌肉系统、血液系统、消耗系统、内脏系统、脑感觉器官等。该书还插入了许多精细的解剖图,这在当时是了不起的工作。

[24]维萨留斯,安德烈·维萨留斯1514年12月31日生于比利时布鲁塞尔的医生世家。三代均为宫廷御医。他认真研究人体解剖,有时甚至夜间从绞刑架下偷过尸体。他对盖伦的学说有深刻的研究,并发现盖伦的解剖学说有许多错误,甚至在课堂上与自己的教授发生争执,1537年巴黎大学在安德烈·维萨留斯大学毕业时没有授予他学位。但意大利帕多瓦大学了解到维萨留斯在解剖学方面的学识,破例授予他医学博士学位,并邀请他为解剖学教授,同年维萨留斯来到意大利帕多瓦大学任教。1543年他的《人体结构》出版。

[25]王叔和,我国西晋时期著名医学家。他生活于公元3世纪,名熙。高平人(今山西高平)。曾任太医令,精究脉学。集前代有关脉学文献,结合自身临床体会,编成《脉经》。该书将古代脉学进行系统化整理,总结为24种脉象,是我国现存最早的脉学专著,并影响于国外。王叔和还把张仲景的《伤寒杂病论》加以整理,为保存这部古代医籍作出贡献。

[26]《脉经》,脉学著作,10卷。西晋时期王叔和撰,是我国最早的脉学专著。该书集汉朝以前脉学之大成,选

取《内经》、《难经》以及张仲景、华佗等有关脉学方面的论著,在阐明脉理的基础上联系临床实际,分门别类地论述脉学。全书分述三部九候,寸口脉,二十四脉,脉法,伤寒,热病,杂病,妇、儿病证的脉症治疗等。

[27]孙思邈(581—682),唐代著名医学家。陕西耀县人。博通经史百家,少年因病学医,长期隐居于家乡。著作有《千金要方》、《千金翼方》。在医学成就上有重要地位,对后世影响极大。

[28]《千金翼方》,医书,30卷。唐朝孙思邈撰,成书于7世纪末。该书是作者为补充其所撰《千金要方》而编。首载本草,其次为妇产、伤寒、小儿病、养生、内科杂病、外科、色脉、针灸及禁经等。取材广博,以唐朝以前为主。

[29]高阳生,六朝时人,见(31)。

[30]《脉诀》,又名《王叔和脉诀》,脉学著作。六朝时期高阳生撰。成书年代不祥。此书是在《脉经》基础上编撰而成,有脉歌84篇。依次为候法歌、五脏歌、左右手诊脉歌等。论脉24种,首次对脉象进行三分类。即七表(浮、芤、滑、实、弦、紧、洪),八里(微、沉、缓、涩、迟、伏、濡、弱),九道(长、短、虚、促、结、代、牢、动、细)三组,分述脉体状与主病。以24脉并删去《脉经》数、散二脉,增加长、短二脉,并以牢脉代革脉等。此书虽然源于《脉经》但其寸口分属又不同于《脉经》。该书以歌诀的形式便于习诵,在宋时流传很广。但因托名王叔和,故遭后人非议。关于脉象以歌诀的形式出现,从宋朝开始有许多版本,诸如张道中撰写《西原脉诀》,崔真人撰写《崔氏脉诀》,《崔

真人脉诀》,后人称《紫虚脉诀》、《四言脉诀》。清朝的刘璞撰写脉诀现编于《医学集要》。清朝叶盛撰写脉诀为《证治合参》的卷2部分,等等。

[31]戴起宗,元代医学家,字同父,通医学,曾任龙兴路儒医教授(今江西南昌县人)。对朱肱《伤寒百问》一一辨证,撰有《活人书辨》,已佚失。又编《五运六气撮要》和《脉诀刊误》,后一书在脉学专著中较有影响。

[32]《脉诀刊误》,脉书名。又名《脉诀刊误集解》,2卷。元代戴起宗撰。戴起宗认为当时流传颇广的高阳生著《脉诀》有语意不明、立意偏异之处,并存在不少错误。遂以《内经》、《难经》、张仲景、华佗、王叔和及历代有关论述,对《脉诀》原文进行考定,戴起宗的许多观点都颇可取。该书后又经明代的汪机补充。

[33]李延昰,清代医学家,号辰山。赵郡人(今河北赵县人,又有上海松江人的传说)。他精通脉学,汇集脉学70余种,结合家学及个人经验,于1662年刊行《脉诀汇辨》。后编《辨药指南》、《药品代义》二书,均成于1644年。

[34]《脉诀汇辨》,脉书名,10卷。清朝李延罡著。刊行于1662年。作者认为世传《王叔和脉诀》言辞鄙俚,错误颇多。遂汇集诸家脉学论著,结合其叔父李中梓所传的脉学见解予以辨正。主张脉证合参。

[35]张世贤,明代医学家,字天成,号静庵。宁波人。继宋代丁德用,元代的滑寿之后,对《难经》八十一篇全部加以图释,名曰《图注八十一难经》。他将《脉诀》误为王叔和著作,并加以图注而成《图注王叔和脉诀》,书后附方

一卷。主张一脉一方。

[36]《图注脉诀辨真》,医书,明代张世贤注。刊于1501年。该书是张世贤《图注八十一难经》(8卷)和《图注王叔和脉诀》(4卷)二书的合刊本。前者对《难经》用注文加图解的形式注释全书,对理解全文有一定帮助。

[37]《四言脉诀》,脉学书,宋朝崔嘉彦撰写。又有《崔氏脉诀》、《崔真人脉诀》、《紫虚脉诀》等名。事实上该书是托名于张道中《西原脉诀》。作者以通俗易懂的文笔,以四言歌诀的形式阐述脉理,便于初学者学习,对后世脉学有相当影响。此书后经明朝李言闻校补,改名《四言举要》,其子李时珍将其辑入《濒湖脉学》中。

[38]《东垣十书》,丛书。编辑人不祥。刊于15世纪初。收集李东垣等金元医家著作10种。有李氏所著《脾胃论》、《内外伤辨惑论》、《兰室秘藏》及其他医著(《局方发挥》、《格致余论》、《医经溯洄集》、《此事难知》、《汤液本草》、《外科精义》、《脉诀》等)。还有一种刻本增辑《医垒元畜戎》、《瘢论萃英》二书。

[39]《濒湖脉学》,脉书名。明朝李时珍著于1564年。著者摘取百家脉学精华,生动地分析了27脉,并对诸脉的异同点及主病均编成歌诀。后附《四言举要》,是李时珍父亲李言闻根据崔嘉彦《四言脉诀》删补而成。全书论脉简要,易学易用,广为刊行。

[40]许叔微,宋代医学家(1079—1154),字知可。江苏仪征人(也有说武进人)。曾任集贤院士,故又称许学士。对伤寒学很有研究,撰有《伤寒发微论》、《伤寒九十论》、《伤寒百证歌》、《类证普济本事论》,对张仲景的辨证

论治理论有进一步的阐发和补充,并善于化裁古方,创制新方。另有《治法》、《辨证》、《翼伤寒论》、《仲景脉法三十六图》等书,已佚失。

[41]脉图,即脉波图,是指用手或脉象仪器直接描绘的脉波搏动的曲线。

[42]施发(约1190—?),南宋时期著名医学家,字政卿。永嘉(今浙江)人。青年时攻读医学和科举。年长弃科举专心学医。取《灵枢》、《素问》、《甲乙经》及诸家方书,撰写《察病指南》3卷,论述脉象并载有脉象图,对后世有较大影响。并对同时代《易简方》有异意,著有《读易简方论》加以评论。

[43]《察病指南》,脉学著作,3卷。南宋的施发撰写于1241年。该书取《灵枢》、《素问》、《太素》、《甲乙》、《难经》及各家脉书、方书,参考互观,求其言明易晓,结合作者经验成书。上卷为28个主题,总论脉学理论。中卷介绍常见脉24种体状和主病,表、里、九道30脉类,并述7种死脉。下卷以病证为主,参以脉诊,并涉及妇、儿科诊法和望诊、闻诊等内容。此书引证范围广泛,并能融会贯通,其内容多采自《三因方》、《脉粹》等书。所述31种脉象各有一幅脉图,大部分比较形象,是宋代脉图较好的一种,也是现在存世脉图最早的一部。今存多种日本刻本。《三三医书》近代有石印本,建国后有印。

[44]脉象仪器,脉象是一种经验感觉,怎样形象地把脉象用"形"的书面形式表示出来一直是脉学家所求索的。早在宋朝,施发撰写《察病指南》中就用图形的方法表述各种脉象达33种。明朝的张世贤《图注难经脉诀》、

沈际飞《人之脉影归指图说》等就在这方面有所探讨,乃至近年的王德州《脉搏示意图》等将其发展为脉冲波示意图,如此也启迪人们用脉象仪器来替代人手。1860年Vierodt发明了第一台弹簧杠杆式脉搏描记仪,描绘了脉搏图。这一工作使脉图的描记产生了由示意图到波示图的飞跃。我国学者朱颜首在1953年首先将杠杆式脉搏描记仪用于中医脉象的研究。随着科技的发展,脉象仪器也渐从描记仪向电子换能式、多功能智能式、影像式、超声式脉象仪器发展。就脉象的图形而言,从示意图向单一的视波图、多项因素视波图、影像图、声像图发展。摘于朱文锋《中医诊断学》,P366。

[45]滑寿,元代著名医学家,字伯仁。河南襄城人。后迁仪征(江苏)和余姚(浙江)。自幼习儒学,擅长诗文。京口(今镇江)名医居仪征,滑寿随从学医,精读《素问》、《难经》等古医书。著《读素问钞》、《难经本义》、《诊家枢要》等。后随高洞阳学针灸并精通该学。于1341年撰写《十四经发挥》。对经络腧穴的考订有相当贡献,对针灸学的发展有一定影响。

[46]《诊家枢要》,脉学著作,1卷。元代滑寿撰写于1359年。首论脉象大旨、辨脉法,颇多独到见解。继后阐述及分析了浮、沉、迟、数等29种脉象及主病,后述妇女及小儿脉法。该书有清代周学海的评注本。

[47]李时珍,明朝杰出的医药学家,字东壁,号濒湖。湖北人。父亲李言闻是当地名医。他继承家学,尤其重视本草,并富有实践精神,肯于学习劳动人民。他参考历代医药书籍800余种,结合自身经验和调查研究,历时27年

编成《本草纲目》一书，收药 1892 种，是我国明朝以前药物学的总结性巨著。另著有《濒湖脉学》、《奇经八脉学》等书。

[48]《本草纲目》，药书，52 卷，明朝李时珍撰。刊于 1950 年。本书结合作者实地调查、医疗实践，并参阅大量药物学和有关文献，全面系统地总结了明代以前的药物学成就。卷 1、2 本草序列，卷 3、4 诸病主治药。卷 5 以后将药物分为 62 类分别论述。共收药物 1892 种，附方 1 万多个，药物图 1 千多幅。该书有很高的实用价值，在国内外影响力很大，并译成多种文字。

[49]张介宾（约 1563—1640），明代著名医学家，字景岳，又字会卿。浙江山阴（今绍兴）县人。年轻时随名医金英学医，他用 30 多年时间编成《类经》一书，对《内经》进行系统的分类。又编有《类经图翼》、《类经附翼》、《质疑录》等书。晚年编成《景岳全书》，对后世有较大影响。

[50]《景岳全书》，医书，64 卷。明朝张介宾撰于 1624 年。全书分传忠录、脉神章、伤寒典、杂证谟、妇人规、小儿则、麻疹论、痘疹诠、外科钤、本草正、新方、古方、外科方等。择诸家精要，对辨证论治作了较系统的分析，充分阐发他“阳非有余，真阴不足”的学说和经验。创制新方二卷。立论和治法有独到之处。

[51]李中梓，明代医学家，字士材，号念莪。江苏华亭（松江县）人。他根据《内经》、《伤寒论》等其他古典名著，结合自己的临床经验，编著了《内经知要》、《医宗必读》、《士材三书》、《颐生微论》，对医学的发展有贡献。

[52]《医宗必读》,医书,10卷,明代李中梓撰于1637年。卷1为医论与内景图说,卷2为脉诀与色诊,卷3、4为本草征要;后5卷以内科杂病、伤寒为主,论述36种病证的诊治和医案。在医学门径书中较有影响。

[53]周学海,清代医学家。于1891—1911年编《周氏医学丛书》。

[54]张璐,清代医学家(1617—170?),字路玉,号石顽。长洲(今江苏吴县)人。著有《张氏医通》、《伤寒缵论》、《伤寒绪论》、《本经逢原》、《诊宗三昧》、《千金方衍义》等。其中《张氏医通》参考了百余种书籍,历数十年,多次易稿而成。

[55]黄宫绣,清代医学家,字锦芳。江西人。于1769年刊《脉理求真》。

[56]周学霆,清代医学家。湖南邵阳人。曾因疾病而求医,得导引术而愈。著《三指禅》、《医学百论》、《外科便览》等书。

[57]叶霖,晚清著名医学家,字子雨。江苏扬州人。撰《脉说》、《难经正义》、《伏气解》、《痧疹辑要》等书。还参订《脉诀乳海》、《伤暑全书》等。

[58]赵恩俭,当代津门名老中医。历时30年孜孜不倦研究脉学。对中医经典、历史百家均有深刻的研究及造诣。其主编的《中医脉诊学》代表着中医脉学的最高水平。篇中不乏有对中医脉学诸子百家的褒贬,均为金玉良言。他对中医脉学的发展方向及突破性进展寄予期望。

[59]《中医脉诊学》,脉学书,赵恩俭主编,1990年12月出版。共8次印刷。

（二）脉理章部分

[1]颜之享，《中医诊断学》，P352。

[2]《中医脉诊学》，朱文锋主编，P344。

[3]脉晕点，是疾病脏腑在寸口脉上的信息显示点。脉晕点产生原理是疾病脏器的血管发生形态学变化，改变在心搏时的固有缩舒状态而产生回音震荡。

[4]桡侧缘，是指将寸口脉道纵向分成桡骨侧缘和尺骨侧缘两侧。

[5]尺侧缘，见(4)。

[6]《针灸反射学》，（美）金观源著，北京科技出版社，2004年版。

[7]《全息医学大全》，山东医科大学，李莱田教授主编，中国医药科技出版社，2000年版。

[8]程仲龄，即程国彭，清代医学家。安徽歙县人。以医术闻名，编有《医学心悟》一书，是一本简明切用的医书。另有《外科十法》一卷。

[9]李东垣（1180—1251），即李杲，著名医学家。是金元四大家之一。字明之，自号东垣老人。河北正定人。从学于张元素。他提出"胃气为本"的理论，认为"内伤脾胃，百病为生"，治疗疾病强调调理脾胃，自制补中益气汤等新方剂。他是"补土"派的创始人。其代表著作有《脾胃论》、《内外伤辨惑论》、《兰室秘藏》等。对祖国医学理论的丰富及发展作出了很大贡献，对后世有很大影响。

[10]太素脉，太素脉最早见于或使用于宋朝，扬其法者为张太素。该脉法不是用于医疗范畴，是用于诊脉占卜的手段。

[11]《四诊抉微》,诊断书名,8卷,清代林之翰撰于1723年。作者以《内经》色脉并重为据,选择古今有关四诊论述编纂而成。脉诊部分详于脉理,并结合诊断介绍治法。末附《管窥附会》,介绍"原脉体会",重点分析浮、沉、迟、数等脉之长变,对读者有一定启发。书中也杂有太素脉之"验胎贵贱寿夭"。

[12]《脉简补义诊法直解》,即《脉简补义》,脉学著作,2卷。清代周学海著。为《周氏医学丛书脉学四种》之一。

[13]《医宗金鉴》,丛书,90卷。清代吴谦等编撰。刊于1742年。全书包括《订正仲景全书伤寒论注》、《金匮要略注》、《删补名医方论》、《四诊心法要诀》、《运气要诀》、《伤寒心法要诀》以及内、外、妇、针灸、正骨各科心法要诀等15种。系采集历代各家学说,加以删定,整理而成。该书简明扼要,切于实用,流传较广,影响颇大。

[14]《医学入门》,书名,共九卷。明代李梴编。刊于1575年。该书纂辑各家医书分类编成。内容有医学略论、医家传略、经穴图说、经络、脏腑、诊法、针灸、本草、内、外、妇、儿各科及急救方等。以歌赋形式为正文,以注文为补充说明,参与作者个人见解。是一部极有影响的医学门径书。

(三)病脉章部分

[1]《中医诊法研究》,严惠芳主编,人民军医出版社,2005年版。

[2]《古今医统》,又名《古今医统大全》,医书,100卷。明代徐春甫辑。成书于1556年。

[3]《医宗三昧》,张璐著。见张璐条。

[4]傅聪远等.脉诊浮、沉、虚实客观指标探讨.中西医结合杂志,1990,10(10):603。

[5]费兆馥等.外感发热患者的脉图观察.上海中医药杂志,1985,(12):40。

[6]龚安特等.试论中医脉象浮沉的力学内涵.辽宁中医杂志,1986,13(1):40。

[7]张崇等.脉象图与脉学研究初步结果.江西中医药,1980。

[8]《四言举要》,李时珍父李言闻根据崔嘉彦《脉诀》删补而成。

[9]《中华脉诊的奥秘》,徐迪华等编著,江苏科技出版社,2005 年版。

[10]《中医善本·古籍丛书》,郑金生主编。

[11]《脉理求真》,脉学著作,3 卷。清代黄宫绣撰。卷 1 为脉法心要,卷 2 为“新增四言脉要”,系《诊家正眼》载崔氏“四言脉要”增删而成。卷 3 有汪昂撰十二经脉歌、奇经八脉歌,结合临床实际论述脉理。

[12]《外科精义》,医书,2 卷。元代齐德之撰。书中共有外科医论 30 余篇,外科用汤、丸、膏、丹等 145 个药方。内容简要,方法实用。

[13]《脉学实在易》,综合性医书,8 卷。清代陈念祖撰于 1808 年。全书简述中医的理法方药等内容,包括对脏腑、经络、四诊、运气的说明,按表、里、寒、热、虚、实加以分类的各种疾病的证治及诸证的对症方药。其文字浅近易懂并附有歌诀易于记诵。

[14]《脉学心语》,医书,5卷。清代程国彭撰于1732年。卷1总述四诊八纲及汗、吐、下、和、温、清、补、消"八法"的理论、法则及其在临床上的运用。卷2阐述《伤寒论》的理论和证治。卷3—5分述内、外、妇产、五官等科的主要症状的辨证论治。在医学门径书中颇有影响。

[15]《中医诊断学》,朱文锋主编,人民卫生出版社,1999年版。

[16]《中医脉诊学》,赵恩俭主编,天津科技出版社,2001年版。

[17]《张仲景·医学全集》,陈家旭主编。

[18]《诊脉三十二辨》,脉学著作。清代管玉衡著。现有《珍本医书集成》(上海科技版)等。

[19]高鼓峰,清代医学家,字旦中,号鼓峰。浙江鄞县人,为地方名医。撰有《医家心法》、《四明心法》、《四明医案》等书。曾与吕留良结交,共论医术,对吕有一定影响。

[20]《四明心法》,高彭锋撰。见(19)。

[21]《中医大词典》,李经纬主编,人民卫生出版社,1995年版。

[22]《诊家正眼》,脉学书,2卷。明代李中梓撰于1642年。原本已佚。今传本系作者门人尤乘所增补。内容论述脉学基本理论及其临床应用,以《内经》、《难经》为本,引诸家学说予以发挥,并简述望、闻、问三诊。书中以四言歌诀形式分述28脉,对高阳生《脉诀》有所批判。

[23]《脉诀启悟注释》,脉学著作。简名《脉诀启悟》。清代徐灵胎撰。该书刊入《徐灵胎医学全书》及《徐

灵胎医略六书》。

[24]费兆馥等.弦脉的客观化研究.中西医结合杂志,1984,4(4):243。

[25]陈可翼等.高血压病弦脉的血液动力学分析.中华内科杂志,1962,10(10):638。

[26]张家庆.弦脉和滑脉脉波速度的初步探讨.新医药学杂志,1974,(10):21。

[27]熊鉴然.弦脉与血流动学关系实验研究.中西医结合杂志,1982,2(3):72。

[28]殷文志.家兔动脉粥样硬化与脉波传播速度.第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编.1987:183。

[29]朱丹溪(1281—1358),著名医学家,金元四大家之一。金华(浙江义乌)人。由于世居丹溪,故称丹溪翁或朱丹溪。主要著作《格致余论》、《局方发挥》等。是养阴派的代表人物。

[30]傅聪远.滑脉的实验研究.第二届全国中西医结合四诊研讨会论文汇编.1987:109。

[31]李浩然等.滑脉机理的临床印证.浙江中医杂志,1985,20(10):45。

[32]《脉语》,脉学著作,又名《脉学精华》,2卷。刊于1584年。该书论脉简要,别有见解。作者对太素脉基本持批评态度。书末附脉案格式,是对医者在诊病时书写病案所提出的具体要求。

[33]《三指禅》,脉学书,3卷。清代周学霆撰于1827年。周氏论脉以缓脉为标,并以浮、沉、迟、数为四大纲,共列27脉,用对比的方式分析脉象的不同之处。论述各病

能以脉诊结合病因、病理、证候,决定治疗方法和方药。切于临床实用。

[34]《脉学辑要》,脉学著作,3卷。日本人丹波元简撰于1795年。作者采集诸多脉家的精华、附录家传及个人心得编写而成。上卷为总论,中卷为28脉脉形分析,下卷为妇女及小儿及诸怪脉。

[35]《脉学阐微》,脉学专著,邢锡波编著。该书阐述脉学作用、方法及28脉的体状、主病、鉴别。于各种脉象以脉位、脉力、脉率、脉形分析、对比,附加图象和说明。并选录历代医家有关论述,结合现代医学理论,探讨疾病过程中脉象演变规律。1979年,河北人民出版社出版。

[36]《三因方》,即《三因极一病证方论》,医书。原题《三因极一病源论粹》,简称《三因方》。18卷。宋代陈言撰于1174年。本书首叙医学总论,并将三因(内因、外因、不内外因)作为论述的重点;总论后列述内、外、妇、儿各科病证,并附治疗方剂。全书的特点是将病证和三因密切结合,对研究病因和临床治疗均有参考价值。

[37]《中医脉学研究》,脉学著作,崔玉田、赵恩俭著。该书介绍临床常见24种脉象。于每一脉象或引历史文献,或举临床医案,参以图示,分述其形体鉴别、病机、所主病证主病等,并列专篇探讨脉搏图。该书于1965年由河北人民出版社出版。

[38]吴昆(1551—162?),明代医学家。安徽歙县人。家藏书很多,认真攻读古代医书,颇有心得,后到浙江求师,并在宣城一带行医,颇负盛誉。著有《吴注黄帝内经素问》、《医方考》、《脉语》、《针方六集》等著作。

[39]《读医随笔》，书名，6 卷。清代周学海撰于 1891 年。系作者汇集读书、证治之笔记而成。卷 1 证治总论。卷 2 形气、脉法类。卷 3—4 证治类，列各种病症证治。卷 5 方药类，审辨药物性味及效用。卷 6 评释类，为作者研读古代医学著作的心得体会，现仍有一定临床参考价值。

跋

该书取名《中华脉神》，有许多良师认为这书名有大而空之弊，有自傲之骨，少自谦之嫌。事实上作者的本意是揭示中医脉象学的神秘给世人。个人的点滴经验与认识只是只言片语，沧海一粟。我深知江河之大、池水之浅，不能一叶障目。至于本人尚没争取主任医师也没放在心上。俗言锦衣袈裟内裹的还是肉体，千万富贵也只是过眼烟云，学问之事人外有人、天外有天。

脉象研究工作的复杂度、艰巨性是我起初没有料及的，中途曾萌生退意。但脉象在临床中的确切作用促使我继续。十余年来少于言语，少于户外，早、中餐均以盒饭囫囵度日，金钱与地位早已置之度外。譬如对紧脉手感的研究，生活中能比拟紧脉的那种感觉很多，如摆动的输液皮条，孩儿们跳绳的绳梢，勒紧的马缰绳等，但只是文字的比喻，不是指下绷急的那种感觉。恰有一天我给父亲打扫卫生，院中的墙壁上掉下一只壁虎，壁虎的尾巴被我碰掉，壁虎逃去，而壁虎的尾巴仍在原地跳动，急用指切之，恰如紧脉紧而绷急，极不稳定的那种感觉。对散脉的认识，是在刷牙时思考这一问题而挤多了牙膏，无意中感之，则轻触有边，重指无力混沌边。

临床工作的繁忙及一个单位的经济压力等都不可避免地与研究工作并存，我必须每日工作，没有休息，十年如

一日的早八点晚八点的上下班。每日应对诸多病人、学习与研究脉象。我的收获仅值得一提的是：

一、发现了脉象图，提出摸脉人的脉诊思想。

二、改变了寸口分属内容并打开脉学与现代医学对接的门户。

三、风脉、边脉、浊脉、脉晕点等重要脉象被提出。

四、将人体解剖与生理汇通于脉象学。

我坚信脉学的革命已经到来。

我必须感谢中外众多追随脉诊的病人，虽然他们对我的称谓及赞许极不恰当，但那是对脉学研究的高度评价。感谢我的爱人及家人对我工作的支持，感谢朋友们对我的厚爱，感谢古今脉学资料对我的濡养。感谢编辑、安徽中医学院王宗殿教授及研究生郑圣齐对本书的指导。广大读者对本书的内容若有疑问请电话或来函联系，若需要当面交流或有病不得诊断，请事先联系。

我的电话：0551 - 2825379，E-mail：xuyueyuan2007@hotmail.com。地址：合肥市国轩苑二栋702室。

许跃远

2007年6月28日